

JÓZSEF ATTILA TUDOMÁNYEGYETEM PSZICHOLÓGIAI TANSZÉK, SZEGED

Doktori disszertáció

A depresszió értelmező stílusának vizsgálata

Fodorné, Pogány Judit

1988

# TARTALOMJEGYZÉK

	<u>Oldalszám</u>
I. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	1
1. A depresszió pszichoanalitikus megközelítése	2
2. A depresszió tanuláselméleti értelmezése	5
3. A depresszió önkontroll modellje	12
4. A depresszió kognitív modellje	15
5. A depresszió experimentális modellje	28
II. A JELEN VIZSGÁLAT KONCEPCIÓJA: A VERBATIM ANALIZIS ÁLTALUNK ALKALMAZOTT MÓDSZEREI A DEPRESSZIÓS ÁLLAPOT JAVULÁSAVAL EGYÜTT VÁLTOZÓ ÉRTELMEZŐ STILUS VIZSGÁLATÁRA	43
1. A vizsgált személy	46
2. A vizsgált anyag természete	51
3. A verbatim analízis módszerei	
a., Az interperszonális helyzetek információfeldolgozásának tanuláslélektani alapon történő vizsgálata	51
b., Az interperszonális helyzetek tartalmi elemzése	76
c., Szignifikáns személyek az interperszonális szituációkban	78
d., Negatív konnotációju szavak	81
e., Az öninterpretáció vizsgálata	82
f., A vizsgálatból levonható következtetések	88
III. A DEPRESSZIÓS BETEGEK INFORMÁCIÓFELDOLGOZÁSÁNAK VIZSGÁLATA CSALÁDON BELÜL	89
1. A vizsgált anyag	90
2. A vizsgálati módszer	91
3. Eredmények	96
IV. ÖSSZEFOGLALÁS	100
V. IRODALOMJEGYZÉK	101



## I. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

### A depressziós tünetegyüttes

A DSM.-III. a depressziót az affektív betegségek közé sorolja, amelynek lényege a hangulat zavara. A beteg diszfóriás hangulata társul az örömháztartásban mutatkozó zavarral, az örömeire való képtelenség fájdalmas élménye, vagy a "minden mindegy" hangulat jellemzi az affektív életet. A tüneti képet színezi az értéktelenség érzése, amely a szélsőségesen negatív önértékelésig fokozódhat, büntudat jelentéktelen hibák miatt és az alkalmatlanság érzése a jelenben és a múlt eseményeivel kapcsolatban. A gondolkodási funkció beszűkül, visszatérő gondolatok gyakoriak, amelyek gyakran öndestruktív ideációkat tartalmaznak. A motoros szférában agitáltság vagy passzivitás dominál. A személy szociális környezetében izolálódik, kontaktus készsége csökken. A tüneti képet járulékos fizikai-szomatikus közérzettel járó kellemetlen érzések kísérhetik, mint az étvágytalanság, fáradékonyság, alvás zavar, sirás, stb. A beteg jövőre irányultságát a pesszimizmus, reménytelenség hatja át.

A depresszió tüneti képe implikálja azt a tényt, hogy a depressziós személy és környezete közti összhang megbomlik. Az utóbbi évtizedek szakirodalma igen széles körben tárgyalja a depressziós személy környezetéhez való maladaptív alkalmazkodásának feltételezhető és bizonyított okait. A depresszió megközelítése egy olyan dinamikus modellt feltéte-

lez, amely kiemelkedő jelentőségűnek tekinti az affektív betegség kialakulásában és fennmaradásában a szociális viszonyulás, a kognitív struktúrák és az önszabályozó magatartás módosulásának szerepét. A jelen szakirodalmi áttekintésben főleg ezeket a koncepciókat ismertetjük.

#### 1. A depresszió pszichoanalitikus megközelítése

Abrahám /1911, in: Meaning of Dispair, 1968/ az első pszichoanalitikus, aki a depressziós állapot etiológiáját kutatta. Szerinte a depresszióra hajlamos személy nagyrészt öröklött diszpozícióknak megfelelően fixálódik a pszichoszexuális fejlődés orális fázisán. Környezeti tényezőként említi a gyerekkori meg nem valósult szeretet-kapcsolatot, amely érzékennyé teszi a személyt, hogy a később őt ért csalódásokat hasonló módon élje át. A libidófejlődés ezen korai szakaszában a szexuális örömszerzés az orális tendenciákkal van összefüggésben, elsősorban a bekebelezéssel, táplálkozással. A autó-erotika funkciója a depresszió kivédése és enyhítése. A ki nem elégitett szexuális kívánságok, az anyához fűződő viszonyban ért sorozatos csalódások haragot és hosztilitást ébresztenek a személyben, amely indulatok csökkentik a szeretetet adás képességét. A személy a gyűlölet és harag érzését kivetíti, amely az álmokban, az abnormális magatartásban, bosszuállás vágyában, büntudat érzésében és az emberi környezet mellőzésében manifesztálódik.

Freud /1917, in: Meaning of Dispair, 1968/ "Mourning and Melancholia" c. munkájában fejlesztette ki a depresszióról

való elképzelést, amely részben Abrahám munkásságán alapul. Kidolgozta azt az Abrahámnál már felmerült elképzelést, hogy különbség van a normális gyászreakció és a depressziós állapot között, amely megkülönböztetésének lényeges pontja az utóbbinál felmerülő önértékelési zavar. Freud a depresszióra való hajlam okát szintén a koragyermekkori fejlődési zavarokban kereste. Elképzelése szerint, ha a gyereket a libidófejlődés orális fázisában az optimálistól igen eltérő gratifikáció éri, /fusztrálódik a kielégülés szükséglete, vagy tulzott mértékben eleget tesznek ennek/ akkor az ösztönkielégülésnek ezen a fokán fixálódik. A pszichoszexuális fejlődés ezen korai szakaszában való elakadás következménye a fokozott dependencia szükséglet megjelenése, amely később az önértékelés fenntartása szempontjából kritikus.

Kérdés az, hogy a gyerekkori események hogyan játszanak szerepet a később kialakuló depresszióban? A magyarázat bonyolult, mert a tudattalan folyamatok feltárása és megértése csak áttételesen lehetséges.

Freud tapasztalata szerint a depressziós a szeretett személy elvesztése után azonosul az elvesztett tárggyal, mintegy megkísérelve meg nem történtté tenni a veszteséget. Az identifikáció következménye, hogy a személy a szeretett tárgy felé tudattalanul működő hosztilis impulzusait önmaga ellen fordítja, ezen túl büntudatot érez az elhagyó személy felé irányuló agressziója miatt. Az azonosulásnak ezt a periódusát a gyász elaborációja követi, amelynek során a személy emlékeket felidézve, átértékelve megpróbálja leválasztani magát az elvesztett tárgyról, vagy legalábbis lazítani az



érzelmi szálakat. Amennyiben a veszteség elaborációja sikertelen a depresszió és önvádolás állandósul. Az emocionális kötöttség továbbra is funkcionál, és a személy továbbra is bünteti magát a szeretett személyben fellelt hibák és hiányosságok miatt. Az elhagyó személy felé irányuló agresszióját önmaga ellen fordítja, ennek megfelelően az önbüntetés, önvádolás tendenciája kifejezetté válik. Az aktuális tárgyvesztés nélkül kialakuló depressziós állapot magyarázatára volt szükség a "szimbólikus veszteség" fogalmának a bevezetésére. Ez azt jelenti, hogy a személy szeretet megvonásként, veszteségként élheti meg a visszautasítást, mellőzést, kizárást a tudattalan motivációk érvényesülése következtében.

Más pszichoanalitikus teoretikusok lényegében az alapvető elképzelést módosították. A továbbiakban követendő gondolatmenet szempontjából lényeges kiemelni az ego-pszichológia egyik képviselőjének; E. Bibring-nek /in: Meaning of Dispair, 1968/ a depresszió mechanizmusával kapcsolatos koncepcióját. Szerinte a depresszió a személy tehetetlenségének és hatalomnélküliségnek állapota és ennek emocionális kifejeződése. A személy saját aspirációinak kielégítése tekintetében tehetetlen.

Bibring úgy véli, hogy a gyermekkori traumatikus élmények az individumnak a tehetetlenség állapotában való fixációját idézik elő, ez az állapot később regressziven reaktiválódik. Tehát, amikor olyan helyzet áll elő, amely hasonló az ősállapothoz, akkor a személynek azok a speciális funkciói bizonyulnak inadekvátnak, amelyek fontosak az aspirációk megvalósulása szempontjából.

Bibring három csoportot különít el a személy önértékelését fenntartó aspirációk szempontjából:

- a./ annak igénye, hogy a személyt szeressék, elfogadják, értékeljék és ne legyen alárendelt és értéktelen,
- b./ annak igénye, hogy biztonságot érezzen, és ne legyen gyenge és bizonytalan,
- c./ annak igénye, hogy vonzódást érezzen mások felé, szeretni tudjon, és ne legyen agresszív, hosztilis és destruktív.

A depresszió abból a feszültségből származik, amely részben a nácisztikus aspiráció, másrészt az aspiráció meg nem valósulása, ill. a tehetetlenség közt feszül, amelynek következménye az önértékelés teljes, vagy részleges összeomlása.

## 2. A depresszió tanuláselméleti értelmezése

A szociális tanulás koncepciója feltételezi, hogy a pszichés folyamatok megértése legkimerítőbben a személyiség faktorok /kognitív folyamatok, elvárások/ a viselkedés és a környezeti tényezők kölcsönös egymásrahatásának folyamatában ragadhatók meg, amely faktorok egyébként függetlennek látszanak /Bandura 1977/. A faktorok relatív egymásrahatásának eredménye igen változatos lehet. A viselkedés tehát a személy és környezete interakciójából eredő következmény, amelynek során a személy nemcsak reagál a külső eseményekre, hanem arra is képes, hogy kontrollálja saját cselekedeteit. Hatékony reagálásra a környezet ingereinek birtokában akkor képes, ha az információkat szelektálja, organizálja és transz-

formálja. A tanuláselméleti megközelítés szerint a személy nem tekinthető hatalom nélküli tárgynak, amely a környezeti tényezők kontrolljának van kitéve, de választásai és döntései sem érvényesülhetnek teljesen szabadon.

A személy és a környezet kölcsönhatásának az értelmében a depresszió összefüggésében van a válasz függő pozitív megerősítés /RCPR/ csökkenésével, amennyiben ez kedvezőtlen változást idéz elő a magatartásban /aktivitás redukciója/ és érzelmi állapotban /lehangoltság/. A pozitív megerősítés arányának a csökkenése gátolja a kezdeményező viselkedést és a hangulatot negatív irányba befolyásolja. A depressziós személy tehát nehezen kezdeményez, sőt nehezen ismétli szokásos magatartásformáit, fokozatosan passzívvá válik. A környezettel való csekély, vagy egyáltalán jutalomértéket nem jelentő interakciója lehangolt érzelmi állapotának is a közvetlen kiváltója, amely a depresszió kardinális tünete /Lewinsohn és mts. 1973/.

További hipotézis, hogy nemcsak a pozitív megerősítés hiánya, hanem a büntető tapasztalatok arányának a növekedése szintén a fent említett viselkedést eredményezheti. Büntetés értékkel bír a személy számára a környezetével való kölcsönhatásból eredő averzív következmény.

Kérdés az, hogy minek tudható be a pozitív és negatív megerősítések arányának az eltolódása? Lewinsohn és mts. a következő tényezők szerepét hangsúlyozzák:

1./ Elérhetőség, azaz a személy aktuális környezete kevesebb pozitív megerősítés megszerzését, és több negatív tartalmu visszajelzést biztosít.



2./ Magatartási repertoár merevsége. A személyek nincsenek birtokában olyan eszközöknek, amelyeknek segítségével előhívja a jutalomértékű pozitív megerősítést és nem tudja hatékonyan elhárítani az averzív eseményeket.

### Az inadekvát szociális megerősítés

A fenti modell a depresszió kialakulását elsődlegesen a környezettel összefüggő körülményekkel magyarázza, vagyis azaz, hogy kompetens magatartási repertoár instrumentális értéke csökken a magatartás nem megfelelő időzítése, előfordulási aránya vagy minősége miatt. Következésképpen a depresszió vizsgálatának másik aspektusa arra összpontosít, hogy a személy mennyire képes vagy képtelen a környezetéből kiválasztani a megerősítést. A magatartási repertoár minden olyan hiánya, amely a környezettel való interakció hatékonyságát csökkenti "social skill deficit"-nek tekinthető. Figyelmet kell tehát fordítani arra a feltételezett láncszemre, amely a társas ügyesség hiánya és a depresszió közt van. A behaviorista iskola legtöbb képviselője úgy gondolja, hogy a szociális megerősítés minőségében és mennyiségében előforduló eltérések oki összefüggésben vannak a depresszió kialakulásával és fennmaradásával. Ugy vélik, hogy depresszió akkor keletkezik, ha a személy elveszti azt a képességét, hogy másokból pozitív reakciót váltson ki, és képtelen hatékonyan kontrollálni az interperszonális encounter következményeit. Ehhez társul még, hogy a depresszív személy nem rendelkezik azzal a készséggel, hogy a negatív interperszonális akciókat ki-



kerülje vagy orvosolja.

McLean /1976/ "a depresszió interperszonális zavara" modelljének megalkotója hangsúlyozza az u.n. "kényszerítő kommunikációs pattern" depressziógén szerepét. Beszámol arról, hogy klienseinek közel 70 %-a tartós házassági megnevezés következtében vált depresszióssá. A kényszerítő kommunikációs stílus gyengébb tagja mutatott depressziót, amely feltehetően végső elkeseredett stratégia a másik feletti kontroll megszerzésére /pl. büntudatkeltésen keresztül/. Ezért a depresszív személyek interakcióinak a funkcionális analízise nélkülözhetetlen. Hasonlóan, a kliensek maladaptív interperszonális kapcsolatainak módosítása leginkább egy olyan terápiás terv keretein belül valósulhat meg, ahol azokat is bevonják a terápiába, akik érintettek a páciens problematikusnak számító interakcióiban.

Lewinsohn és mts. /1974/ szerint is a depressziósoknál a "social skill deficit" lehet az előzménye a válaszfüggő pozitív megerősítése alacsony arányának. A RCPR hipotézis a megerősítésről általában beszél, de a szociális megerősítések rendszere szorosabb összefüggésben van a hangulatingadozással. A kiscsoportinterakciók megfigyelése alapján a depressziósokra a következő jellemzőket találták: /Libet és Lewinsohn 1971/

- a./ a depressziósok a nem-depressziósokhoz viszonyítva feleannyi verbális megnyilvánulást mutattak mások felé,
- b./ viszont válaszaikban a depressziósok kevesebb pozitív reakciót adtak viszonzásul, mint a kontrollok,
- c./ a depressziósok háromszor lassabbak a nem-depresszió-



sokhoz viszonyítva a hozzájuk intézett verbalizációk viszonzásában,

d./ a depressziós férfiak - a nők nem - kevesebb csoporttársukkal osztották meg tapasztalataikat

Mindezek alapján Lewinsohn és mts. arra a következtetésre jutottak, hogy a depressziós személyek interperszonálisan kevésbé aktívak, kevesebb megerősítést adnak másoknak, elmulasztják az alkalmakat, hogy kimutassanak mások felé vonzódásukat, ill. kiváltsanak másokban bizonyos megnyilvánulásokat, és szigorú interperszonális rangsort állítanak fel maguknak /ez utóbbi csak a férfiaknál volt kimutatható/. Így a depressziósok valószínűen kevésbé tudják tartóssá tenni a feléjük irányuló magatartást, következésképpen a szociális megerősítés ritkább arányát várhatják.

Továbbá feltételezik, hogy a depressziós személyek kapcsolataikban hiányzik a kölcsönösség és a stabilitás, összevetve a nem-depressziósokkal. Az olyan kapcsolatban, amelyben hiányzik a kölcsönösség, a személy jellemzően több vagy kevesebb erőfeszítést invesztál a megerősítés megszerzéséért, mint a partnere, azaz a diádikus kapcsolat egyik tagja sokkal többet tesz a másikért, mint az érette. Libet és Lewinsohn /1973/, Schaffer és Lewinsohn /1971/ adatokkal bizonyították, hogy a depressziós személyek kapcsolataiban kevesebb a kölcsönösség.

Ekmann és Friesen /1974/ vizsgálták a depressziós személyek interperszonális ügyességét, különös figyelmet fordítva a beszélgetést kísérő kézmozgásra. A nem-depressziós személyekhez viszonyítva a depressziósok ritkán használták "il-

lusztrátorokat", /amelyek facilitálják a kommunikációt/, szemben az "adaptorok" használatával. Ez utóbbiak olyan kézmozdulatokat jelentenek, amelyek lényegében függetlenek a beszélgetés tárgyától. Érdekes módon a javulással az a trend megfordul. Hinchliffe, Lancashire és Roberts /1971/ a depressziósok beszéd sebességét hasonlították össze és megállapították, hogy a depressziósok sokkal lassabban beszélnek.

Nem meglepő, hogy azok a személyek, akik aktuálisan depressziósok, különböző "social skill" problémát mutatnak, mivelhogy a depresszió definíciója tartalmazza a magatartás hatékonyságának a hiányát. A "social skill" deficit szerepe a depresszió kiváltásában csak akkor volna meggyőző bizonyíték, ha azonosítható volna a depresszióval kapcsolatos kizárólagossága, azonban megfigyelhető, hogy más pszichopatológiai csoportokra is jellemző a gyengébb interperszonálási készség. Feltehető a kérdés, hogy mi az a "sociál skill deficit", ami speciálisan a depresszió kialakulásában játszik szerepet?

Coyne /1976/ szerint azok a személyek válnak depresszióssá, akik speciális "social skill" deficitet mutatnak akkor is, amikor nélkülözhetetlen volna számukra az élet krízis-helyzetében mások támogatásának elnyerése. Elképzelése meglehetősen járható ut. Paykel és mts. /1969/ vizsgálataikban úgy találták, hogy a depressziósok a betegségüket megelőző hat hónap során háromszor több stresszhatáru életeseményt tapasztaltak, mint kontroll társaik. Feltehető viszont a kérdés, hogy miután a frusztrációs életeseményt tapasztalóknak csak egy ré-

sze lesz depressziós, miben különböznek azoktól, akik hasonlóan élik meg az előzményeket, de nem válnak depresszióssá. Azzal érvelnek, hogy a stresszesemények a személyekben erősebb igényt keltenek a szociális támogatás iránt. Azok, akik depressziósak lesznek, nem rendelkeznek azzal a képességgel, hogy mások támogatását megszerezzék anélkül, hogy ne keltenének negatív indulatokat másokban.

Coyne a depresszív szimptomák instrumentális jellegét hangsúlyozza, noha a viselkedésre a sikertelenség jellemző, mégis azt célozza, hogy másoktól támogatást és megerősítést vonjon ki. Más személyeknek a depresszív magatartással szemben tanúsított aktuális - nem szándékolt - reakcióinak a vizsgálata újabbban több tanulmány tárgyát képezi. A tanulmányok feltárják, hogy a depressziós személyek a normálhoz viszonyítva szignifikánsan több szorongást, hosztilitást és visszautasítást váltanak ki a normál személyekből, azonban nem határozzák meg azt, hogy a depresszív magatartás mely aspektusa okozza más személyeknél az érzelmi és indulati megváltozást.

Coyne szerint úgy tűnik, hogy a "social skill" deficit /képtelenség arra, hogy hatékony segítséget szerezzen/, a depresszió kialakulásában, míg más magatartásjellemzők fennmaradásában játszanak szerepet /pl. a túlzott intim önfeltárulkozás/.

A depresszív magatartás tehát a másokra gyakorolt aversív hatása által elidegeníti a szociális környezet azon tagjait, akiktől a támasz éppen várható lenne. A személy méginkább elesik a kívánt szociális megerősítéstől, amely viszont arra készteti, hogy a támogatás iránti depresszív igényét felna-



gyítsa. Végül a depressziósokban hiányzik az a speciális "social skill", amely ahhoz szükséges, hogy tulajjussanak a másokban indukált hatásokon.

### 3. A depresszió ön-kontroll modellje

A depresszió "ön-kontroll" modellje tágabb értelmezésből ered, amely Kahfertől származik /Kahfer és Károly, 1972/.

Kahfer modellje az önszabályozó folyamatok vizsgálatára irányul, azaz arra a jelenségre, amikor a személy a válaszreakció valószínűségét módosítja az azonnali, külső megerősítés relatív hiánya miatt. Az önszabályozó folyamatok akkor aktiválódnak, amikor a személy számára tudatossá válik a helyzet ellentmondásossága, amely magába foglalja a megerősítés elvesztését vagy hiányát. A modell tehát egy különleges stressz helyzethez való adaptív alkalmazkodás lehetőségét vázolja, amely stressz helyzet a pozitív megerősítés elvesztése, ill. hiánya jelenti. A modell az információ felvételt, feldolgozást /önmegfigyelés, önértékelés, önmegerősítés/ és a környezeti ingerekre való reagálást kölcsönhatásában vizsgálja. Feltételezi, hogy az információfeldolgozás módjai a tanulási tapasztalatoktól függően egyén-specifikusak, így egyik személy több, másik kevesebb kialakult készséggel rendelkezik önmaga szabályozása terén.

A depressziós személy hiányosan működő önkontroll funkcióval jellemezhető. Rehm /1977/ a következő hiányosságokat véli felfedezni a depressziósok önkontroll funkciójában:

a./ Az önfigyelés /self-monitoring/ zavara abban mu-



tatkozik meg, hogy az érintett személyek fokozottabb tendenciát mutatnak a negatív események feldolgozása és a pozitív események elhárítása irányába. A koncepció közel áll Fester leírásához /1973/, amely szerint a depressziós személy aránytalanul sok időt szentel annak, hogy elkerüljön, ill. megmeneküljön averzív eseményektől. Az elkerülő magatartás eltereli a figyelmet a sokkal produktívabb "adaptív magatartásról" és kizárja a hosszutávú pozitív célok elérésére tett erőfeszítést.

b./ A közvetlen következményekre való beállítódás.

Az ön-kontroll gyengeség sajátos megnyilvánulása a közvetlen megerősítésekre való beállítódás. A depressziós személy tehát nagy valószínűséggel preferál olyan válaszlehetőségeket, amelyek azonnali pozitív megerősítéssel járnak /beleértve a menekülő és elkerülő magatartást is/ a kiemelkedő pozitív következményt ígérő, de késleltetett következménnyel szemben. A klinikumban ez úgy jelentkezik, hogy a depressziós beteg nem képes kitartó erőfeszítésre hosszutávú célok elérése érdekében, vagy Lasarus /1968/ megfogalmazásával élve; elveszti a jövőre irányuló perspektíváit, mert csak a jelennek él.

c./ Szigorú önértékelési kritériumok.

Az önértékelés egyik összetevője, hogy a cselekvés eredményét állandó normákhoz viszonyítjuk. A depresszióban ezek a normák igen szigorúak, az abszolút mérce lehet olyan magas, hogy szinte sohasem teljesíthető. Gyakran előfordul, hogy a depressziós számára a hosszutávú célok megvalósítása felé tett közbülső lépéseknek nincs semmi hitele, csak a

végső cél elérése jelent sikert. A siker kritériumaiban nincsenek átmenetek. Vagyis a teljesítmény vagy átütő siker vagy lesújtó kudarc, közti árnyalatok nélkül.

d./ Az önmegerősítés.

A személy nemcsak reagál az őt ért benyomásokra, hanem kontrollálja is a magatartását. Az önmegerősítés azt a mechanizmust jelenti, amely által a személy befolyásolja saját magatartását. A pozitív önértékelés önjutalmazással jár, a negatív önbüntetéssel függ össze. A self-kontroll model feltételezi, hogy a depressziós személy elégtelen mértékben jutalmazza és tulzott mértékben bünteti önmagát. Sacco /1979/ további érdekes adalékokkal szolgált a fent leírtakhoz. Azt találta, hogy társas helyzetben a depressziós személyek önmegerősítése lényegesen kisebb. Fordított helyzet állt elő azonban, amikor a depressziósok és nem-depressziósok önmegerősítését vizsgálták nem társas helyzetben. Itt a depressziós személy több önmegerősítést adott magának, mint amennyire a nem-depressziósok meg voltak elégedve magukkal. A szerző ezt a jelenséget azzal hozza kapcsolatba, hogy társas helyzetben az önjutalmazás alacsony aránya a depressziósoknak azzal a hiedelmével függhet össze, hogy a helyzetet nem tudják kellően kontrollálni, ill. a másokra gyakorolt befolyásuk csekély. A jelenség további vizsgálatot igényelne. A koncepció nem mondja ki egyértelműen, hogy az ön-kontroll funkció a depressziós személyeknél teljesen hiányzik, csupán azt, hogy megromlott, diszfunkcionális, és bizonyos tekintetben elégtelen.

A model végül feltételezi, hogy az önkontrollban mutatko-

zó hiányosságok a magatartás viszonylag stabil aspektusai, amelyet a stresszhelyzet aktivál.

#### 4. A depresszió kognitív modellje

##### Klinikai megközelítés

A.T. Beck /1967, 1976, 1979/ a kognitív pszichológiai irányzat egyik legjelesebb képviselője az információ feldolgozás jellegzetességeit vizsgálta depressziós betegeknél. Kiemelte azt a jelenséget, hogy a személy minden élethelyzetben az ingerek és benyomások rendezetlen tömegének van kitéve, amely ingereket dekódolni és reorganizálni kell ahhoz, hogy megfelelően tudjon tájékozódni térben és időben, és élményeit adekvátan tudja integrálni. Egy adott helyzet értelmezése személyek szerint eltérő. A személy előző tapasztalatainak birtokában és szociokulturális helyzetének megfelelően állandóságot mutat a benyomások értelmezésében. Az ismétlődő jellegzetes kognitív patternek az információ feldolgozás manifesztációinak tekinthetők.

A kognitív struktúra jelölésére A.Beck a "séma" elnevezést használta, amely elnevezés már megtalálható Piagetnél, s más szerzőknél is. A kognitív séma koncepcióját English és English a következőképpen definiálta: "...egy, az organizmus élményei és tapasztalatai által bevésődött komplex pattern, amely meghatározza az organizmust ért stimulusok precipitálásának és konceptualizálásának a módját". A kognitív séma tehát alkalmas arra, hogy felfogja, dekódolja és értékelje a személyt ért benyomásokat és fogalmi keretet



biztosítson a külső impulzusok számára. Az információ feldolgozás módja függ attól, hogy a kognitív séma mennyire rugalmas, átjárható, nyitott és aktív, azaz aktuálisan hordoz-e energiát?

A belső beszéd identifikációja. Az "automatikus gondolatok"

A.Beck pszichoanalitikus gyakorlata során megfigyelte, hogy a verbalizált gondolatokkal párhuzamosan tudatos, de ki nem mondott gondolatok jelennek meg, amelyek közvetlenül előhívják az érzelmi reakciókat. Egy alkalommal például egyik betege hevesen támadta őt, kritizálva viselkedését, majd hirtelen elakadt a gondolatok további közlése során. Ezután a terapeuta rákérdezett aktuális érzéseire. A beteg beszámolt arról, hogy bűnösnek érzi magát, mert "...rosszul tettem, hogy bíráltam, ... nem kellett volna...ezután nem fog szeretni...mert rossz vagyok...nincs semmi mentségem..." hangzott a válasz. Mindezek a ki nem mondott gondolatok nyilvánvalóvá tették Beck számára, hogy a bűnösség érzéseit a nem verbalizált automatikusan megjelenő gondolattartalmak fejezték ki, amelyek közvetítettek a haragot kifejező verbális tartalom és a büntudat affektusa közt.

A további konzekvens vizsgálódás igazolta azt a tényt, hogy a betegek szabad asszociációs tevékenysége során megjelennek ezek a ki nem mondott gondolatok, amelyeket a szerző "automatikus gondolatok"-nak nevezett. Az elnevezés jelzi, hogy ezek a gondolatok szinte reflex-szerűen jelennek meg, akarattól függetlenül, és a süritett tartalmat távirati stílusban tartalmazzák, amelyet a személy minden esetben

érvényesnek vél, még akkor is, ha az nyilvánvalóan irreális. Minél zavartabb valakinek a viselkedése, annál valószínűbb az irreális, automatikus gondolatok visszatérése, és miután ezek problémaközeliek, feltárásuk az emocionális zavar és a pszichológiai tünetek szempontjából hasznos. Az automatikus gondolatok tehát nemcsak személyre jellemző, hanem a tünetekkel összefüggő jellegzetességeket is mutatnak, amelyek a következők lehetnek:

depresszió	az "én"-ről, a környezetről és a jövőről alkotott szélsőségesen negatív kép
hipomania	az "én"-ről, a környezetről és a jövőről alkotott eltulzott pozitív kép
szorongás	a személyt fenyegető veszély képzete
fobia	veszély képzete bizonyos szituációval kapcsolatban
konverzio	szenzoros vagy motoros zavar képzete
paranoid áll.	viszaélés, üldözés és igazságtalanság képzete
kényszer	ismételt gondolatok a kétkedéssel kapcsolatosan

A szerzők hangsúlyozzák a kognitív teoria lényegét, amely szerint a személy élményszerveződésének a módja határozza meg az érzelmei, indulatok minőségét, az affektív reakciók tehát másodlagosak. Például, ha valaki úgy véli, hogy szociálisan izolált, akkor magányosnak fogja érezni magát, ha veszélyt észlel, félni fog, ha elégedettnek tudja magát, örülni fog. A felmerülő gondolatok és kognitív strukturák nemcsak az affektusok keletkezésében, hanem a viselkedés irányításában is jelentős szerepet játszanak.

A klinikai gyakorlatban Janet és mts. /1 / vizsgálta az

automatikusán megjelenő gondolatokat, az elnevezés is innen ered.

Számos kutató foglalkozott még a belső beszéd megismerésével és feltárásával. Sorensen /in:Kommunikáció I. 1977/ a kognitív előfeltevések rendszeréről beszél, amelyet a személy sajátosan alakult értékrendjével hoz kapcsolatba. Sorensen az értékrend általánosítható faktorait emeli ki és rendszerezi, amelyek behatárolják az értékelő-minősítő funkciót. Az önkommunikáció megismerése az értékelő-minősítő tevékenység feltárása szempontjából fontos. Szerinte az önkommunikáció funkciója az akció-reakcióra való készenlét, valamint a viselkedés "igazolása". Ez utóbbi alatt valamilyen lelkiismereti funkciót vél felfedezni, amely nem más, mint az önkontroll.

Brulund /in:Kommunikáció I. 1977/ modellje szerint az individuum környezetében folyamatos jelentésadásra kényszerül. A jelkomplexumok, amelyeket a személynek értelmeznie kell a fizikai környezetéből, másokkal folytatott interakciójából és abból az ingerkomplexusból tevődik össze, amelyet maga a személy generál és lényegében az ő ellenőrzése alatt áll /belső beszéd/.

A belső rendszernek bizonyos kontrollja van saját elrendezése felett, így nem várható, hogy ugyanazon közlemény azonos jelentést generáljon minden ember számára. Várható viszont, hogy a belső konzisztenciák szinte sohase ismétlődjenek meg ugyanugy, hiszen a környezeti feltételek, amelyek aktivizálják őket, mindig mások. Gyakorlatilag az történik,



hogy a kognitív előfeltevések módosulnak a környezeti ingerekkel való interakció során, részben kicserélődnek, hangsúly és arányváltozások következhetnek be, ami azt is jelenti, hogy az egyéni készségek alakulásának megvannak az alapjai.

#### A kognitív torzítások és a depresszió. A kognitív struktúrák vizsgálata.

A benyomások és stimulusok szerveződése tehát egyénspecifikus, ezen túl az adott pszichopatológiai képre is jellemző eltéréseket mutathat. Maladaptívnek akkor tekinthető egy tudattartalom, ha az az egyén alapvető funkcionálását befolyásolja. Például, ha a veszély felidéződése konzisztens magával a veszélyhelyzettel és a következményes szorongással vagy a veszteség gondolata magával a rossz hangulattal ez még nem patológiás. Kórossá akkor válik, ha a tudattartalom gyakori ismétlődése révén olyan helyzetek értelmezésében is szerepet játszik, ahol ez nem releváns. Egy hegymászó esetében a leesést implicálóképzetek mindaddig elfogadhatók, míg a személyt elővigyázatossá teszik, de nem akadályozzák a cselekvésben, maladaptív válik, ha megbénítja a személyt a közlekedésben. Mindebből következik, hogy az elszenvedett tényleges pszichotraumák, szocializációs hibák nem lehetnek kizárólagos oki tényezők a maladaptív magatartás megjelenésében, a sajátosan alakult információ feldolgozás - vagy, A. Beck terminológiájával élve - a kognitív torzítások is közreműködnek a rosszul alkalmazkodó magatartás kialakulásában.

A kognitív torzítás következménye az is, hogy a személy elvárásai önmagával és másokkal szemben irreálisak, viselkedési szinten pedig nem tud eleget tenni ezeknek az elvárásoknak.

A depresszió jellegzetes kognitív strukturáinak a vizsgálatára A. Beck és mts. széleskörű vizsgálatot folytattak, amelyek közül kettőt emelünk ki:

a./ Klinikai anyag feldolgozása

A tanulmány 50 pszichoterápiában részesült depressziós beteg interjú anyagának összevetését tartalmazza ugyancsak terápiában részesült, nem-depressziós betegek interjú anyagával.

A depresszió kritériumának a megállapítására 14 tünetet vettek alapul, amely a következők: étvágyvesztés, súlyvesztés, alvászavar, libidó csökkenés, fáradékonyság, sirás, pesszimizmus, szuicid készletelés, döntésképtelenség, humor iránti fogékonyság megszűnése, apátia, aggodalmaskodás, iniciatíva hiány, kifejezett önvádolás. A tünetek közül legalább 11-nek kellett előfordulnia ahhoz, hogy valakit depressziósnek tartsanak. A vizsgálat során a terápiás ülések anyagát elemezték, amely a terapeuta feljegyzésein kívül a betegekről nyert írásos beszámolót is tartalmazta.

Az elemzés feltárta, hogy a depressziós beteg élményszerveződés olyan kognitív strukturák szerint történik, ahol az alacsony önértékelés, önvádolás, tulzott és kiterjedt felelősség vállalás és menekülési vágy igazolása volt az alapvető.

Tematikus tartalmak a következő erővonalak mentén szerveződnek:

Alacsony önértékelés lényeges részét képezi a depressziós személy gondolkodásmódjának. Önmaga nem reális leértékelését jelenti olyan tulajdonságok tekintetében, amit fontosnak tart, mint pl. szellemi képesség, bátorság, társas vonzóerő, egészség, teljesítmény, szociális szerep, stb.

Ezek a területeken szerzett tapasztalatait értelmezve a depressziós személy hajlamos arra, hogy felnagyítsa kudarcát és ignorálja előnyös tulajdonságait. Önértékelésének jellegzetessége a másokkal való összehasonlítás kényszere. Az összevetés eredménye az, hogy önmagát inferioris helyzetben látja, mintegy igazolva önmaga alacsonyabbrendűségének az előfeltevéseit. Ugy tekinti magát, mint aki kevésbé intelligens, kevésbé produktív, kevésbé vonzó és kevésbé sikeres.

Depriváció képzeté. Az elemezett anyag feltárta, hogy a depressziósok magányosnak és elhagyatottnak gondolják magukat, még akkor is, amikor a tények az ellenkezőjét bizonyítják. Az ezzel kapcsolatos gondolataik negatív önértékelésük következménye.

Tulzott önkritika, önvádlás. Hasonló, de nem azonos az önértékcsökkenéssel. Az előbbiekben önmaga értékelése negatív irányba tér el az összehasonlított személyektől vagy saját elvárásaitól, míg az utóbbi esetben a személy önmaga ellen fordul vélt hiányosságai miatt, és amennyiben ez kifejezett, mindig az általa nagyraértékelt tulajdonságokkal kapcsolatban jelenik meg.



Problémák és kötelességek tulhangsulyozása. A depressziós gondolatai közt igen nagy valószínűséggel jelennek meg és visszatérőek azok, amelyek az előtte álló feladatok és kötelességek teljesítésével foglalkoznak. Kötelességként szerepelhet olyan tartalom is, amely másként spontán tevékenység eredménye volna.

Önmagának adott utasítások és parancsok. Annak ellenére, hogy az irodalom külön nem tesz említést, Beck és mts. úgy találták, hogy a depressziós betegek verbalizált gondolatainak tekintélyes hányadát alkotják az ilyen jellegű kogníciók. Az ösztökéléssel, buzdítással kapcsolatos tartalmak miatt gyakran jelenik meg a "kell" és "muszáj" kifejezés a beszéd során, és előfordul, hogy ezek irreálisan széles skálájú vagy egymást egyenesen kizáró tevékenységekre vonatkoznak.

Menekülési és szuicid kívánságok megfogalmazása. A meneküléssel kapcsolatos gondolatok a súlyos és ijesztő feladatok elől szintén tulsúlyban vannak a depressziósok gondolat-tartalmaiban. Elkerülni, elhalasztani, elmenekülni, megszabadulni tőle - mind olyan fogalmak, amelyek világossá teszik, hogy a depressziós a feladatot megoldhatatlannak tekinti. Az ilyen jellegű gondolatok végletes formája a szuicid ideáció.

A kognitív torzítások tipológiája. A verbális anyag legzetes tartalmai mellett Beck és mts. megpróbálták leírni a gondolkodásban, megfigyelésben, következtetésben előforduló következetlenségeket és pontatlanságokat, ami szintén hozzájárul a realitás torzításához. A depresszióra jellemző

tudattartalmak kategóriákba sorolhatók aszerint is, hogy mi-  
ben térnek el a logikus gondolkodásmód formai szabályaitól.  
Ezek szerint lehetnek illogikus /önkényes következtetés,  
szelektív absztrakció, helytelen általánosítás/, stilisztika  
/nagyítás, kicsinyítés/ és szemantikai /pontatlan minősít-  
és/ jellegű torzítások.

Önkényes következtetés során a személy egy szituációból  
olyan következtetést von le, amelyet tények nem igazolnak,  
vagy a tények éppen ellentmondanak neki.

Szelektív absztrakció akkor történik, ha a személy a  
kontextusból kiragad bizonyos részletet és ennek alapján  
értelmezi az egész helyzetet.

Helytelen általánosítás egyetlen konkrét esemény genera-  
lizációját jelenti.

Nagyítás és kicsinyítés. A tematikus tartalmakkal kapcsolo-  
latosan már felmerült téves értelmezés, amely során a sze-  
mély saját képességeit, teljesítményét, lehetőségeit, vonz-  
erejét alulértékeli, míg az események hatását drámai módon  
felnagyítja, feladatok nehézségi fokát eltulozza.

Pontatlan minősítés során pedig a személy az affektív re-  
akcióhoz mérten nem megfelelő fogalmakat használ az események  
leírására.

A depressziós személyek információ feldolgozása tehát o-  
lyan negatív kognitív sablonok szerint történik, amelyek  
tendenciaszerűen torzítják az információkat olyan irányba,  
hogy a kedvezőtleneket felnagyítják, a kedvezőek fontosságát  
jelentéktelenítik. Az automatikusan megjelenő gondolatok

tükrözik a benyomások és információk értékelő minősítő reflexióit, amelyekkel a személy fenntartás nélkül azonosul, és amelyek akarattól függetlenül merülnek fel. A gondolat-tartalmak perszoverációja megfigyelhető, tehát bizonyos esetekben bonyolult élethelyzetek értelmezése viszonylag szűk-reszabott sztereotíp fogalmi keretek közt zajlik le. Az értelmezéseket kísérő affektusok könnyen azonosíthatók.

#### b./ Álmok analizise

Ebben a reprezentatív tanulmányban A. Beck arra a kérdésre keresett választ, hogy a depressziósoknál fellelhető "mazochisztikus" tendencia vajon megjelenik-e az álomtartalmakban? "Mazochisztikusnak" tekinthetők bizonyos magatartásminták, amelyek a pszichés gratifikáció helyett a pszichés fájdalom lehetőségét implikálják, pl. a tökéletes siker hiányát kudarcként értékelni, kritikára elértéktelenedés érzését élni át, szociális helyzetben visszautasítást anticipálni, stb.

A vizsgálat során 240 álom került feldolgozásra. /12 személytől egyenként 20-20 álmot gyűjtöttek, amelyeket random sorrendben két pszichiáter egymástól függetlenül értékelt./ A depressziós betegeket a tünetek alapján válogatták össze, mint az első tanulmányban. A kontroll csoportot nem depressziós betegek álmait tartalmazta.

Előzetes tanulmány alapján értékelő rendszert dolgoztak ki, amely a "mazochista" álomtartalmak vonatkozásában a következő kategóriákat tartalmazta:

negatív én-kép /a személy valamilyen szempontból insuficiens/



fizikai diszkomfort érzés, vagy sérülés

akadályoztatás élménye

deprivációs élmény /csalódás, veszteség, hiány/

elhagyás, mellőzés, kizárás

visszautasítás élménye, elmenekülés

nem fizikai jellegű támadás /kritizálják, szidják, vádolják, nevetségessé teszik, rosszul bánnak vele/

büntetés /autoritás részéről/

elveszettség élménye

elveszt valamilyen értéket /kudarccal/

Az eredmény azt mutatja, hogy a depressziósok 240 álma közül a két értékelő 229-ben talált "mazochisztikus" tartalmat, és a kontroll csoporttal való összevetés eredménye erősen szignifikáns különbséget mutatott.

#### A tanulmányokból levont következtetések

##### A depresszióra jellemző kognitív pattern

A depressziósok jellegzetes élményfeldolgozása három területen jut érvényre: a környezeti benyomások interpretálásában, az önmagáról kialakított negatív színezetű énképben és a jövőre irányuló reménytelen elvárásokban /depresszív triád/.

negatív élményfeldolgozás

negatív énkép

negatív elvárások

depresszív hangulat

akaratgyengesség

elkerülő magatartás

szuicid szándék

növekvő dependenciaigény

### Negatív élményfeldolgozás

A depressziós személy élményfeldolgozása a negatív előfeltevéseknek megfelelően történik, amelyben a helyzetet megoldhatatlannak, a célokat elérhetetlennek itéli. Akadályoztatást vél felfedezni a legkisebb nehézségnél, teljesítmény-orientált helyzetben pedig kudarc élmény keríti hatalmába, nem tud megfelelni az általa magasra helyezett mérceinek. Hajlamos arra, hogy triviális eseményből is a veszteség élményt szűrje ki. Ha várnia kell az üzletben, arra gondol, hogy értékes perceket veszít el, ha gyártmányhibás árut kap, akkor arra, hogy ez csak vele történhet meg. A veszteség élménye gyakran az anyagiakkal kapcsolatos, u.i. minden kiadást veszteségként könyvel el. Másokkal való összehasonlításban saját veszteségeként értékeli, ha ismerősei valamihez hozzájutnak. Hajlamos továbbá arra, hogy mások közléséből azt olvassa ki, hogy őt valamilyen módon lebecsülik, inzultálják, leszólják, nevetségessé teszik. Vannak olyanok, akiknél a negatív attribúció kifejezetten a kompetitív helyzetekben érvényesül. Pl. a tanár megdicsér valakit és a depresszív hangulatu diák arra a következtetésre jut, hogy a tanár róla nincs jó véleménnyel. Mellőzést láthat valaki olyan helyzetekben, ahol várnia kell pl. a pincér megvárakoztatja, az eladó nem veszi észre. Felfokozódhat a negatív attribúció társas helyzetekben is. Hallgatása szerinte a többiekben azt az érzést keltheti, hogy unalmas, ellenkező esetben, hogy tulságosan fecsegő. Ha a társaság tagjai egymás véleményét támogatják, úgy

gondolja, hogy nem tartják értékesnek az ő véleményét.

#### Negatív önkép

A depressziós személy nemcsak élményeit értelmezi negatív módon, hanem önmagát is leértékeli. Hasonlóan a paranoid állapothoz a személy visszautasítotttnak, akadályoztatotttnak éli meg magát, a paranoid azonban fenntartja az önmagáról alkotott pozitív képet, míg a depressziós nem. A paranoid mindezekért másokra hárítja a felelősséget, míg a depressziós önmagát okolja. Vélt és tényleges hiányosságait, hibáit felnagyítja, nem csupán gyenge képességűnek, tehetségtelennek tartja magát, de nem is szereti önmagát. Megveti, kritizálja saját magát hibái és alacsonyabbrendű helyzete miatt.

#### Negatív elvárások

A depressziós gyakran foglalkozik a jövővel, amit reménytelennek lát, hiszen ha a jelenben depriváltak, tehetségtelennek, visszautasítotttnak látja magát, akkor a jelen meghosszabbításaként a jövőre nézve sincsenek más kilátásai. Rövidtávu anticipálására is ez a mód jellemző.

#### A kognitív torzítás következményei a depresszióban: affektív reakció és motivációs deficit

Az érzelmi, indulati reakció - a kognitív teoria szerint - másodlagos, és jelentős mértékben függ attól, hogy a személy előző élményei és tapasztalatai alapján kialakult kognitív sémái hogyan strukturálják a jelen benyomásait. Beck és mts. kontrollált kísérletekben tudták igazolni, hogy a depressziós beteg negatív érzelmeit, lehangoltságát fokozni vagy csök-



kenteni lehetett attól függően, hogy teljesítményhelyzetben sikeresnek vagy vesztesnek tudta magát.

A motivációs változás négy területen érvényesül: az akarat szinte megbénul, a menekülési elkerülési tendencia kifejezetté válik, szuicid szándék és dependencia szükséglet is kifejezésre jut. A negatív kimenetel anticipálása következtében a személy semmilyen akaratos akciókat nem indít a cél elérése vagy a probléma megoldása érdekében. A kilátások inkább taszítják, mint vonzzák, ezért elkerülni igyekszik a számára veszélyt jelentő helyzetet.

Igen jellemző a depresszióban a megnövekedett dependencia igény, mivel a depressziós önmagát elégtelennek, visszatartónak és inadekvátnak látja, a világ eseményeinek a bonyolultságát pedig túlértékeli, ezért vágyik arra, hogy valakire támaszkodhasson, aki segítséget nyújt problémái megoldásában.

## 5. A depresszió experimentális modellje

### A tanult tehetetlenség "paradigmája" állatkísérletekben

A tanult tehetetlenség fogalmát Martin Seligman /1975/ vezette be, annak a jelenségnek a leírására, amelynek során az organizmus válaszreakciója és egy averzív esemény kimenetelének precipitálása vagy megszüntetése közt nincs összefüggés. A jellegzetes kísérleteket - amelyekből az elmélet kibontakozott - állatokon végezték el, a kutyaikat fájdalmas elektromos ingerlésnek tették ki, amely elől nem tudtak elmenekülni. A kísérlet következő részében ezeket az "előkezelt" állatokat együtt kezelték olyanokkal, amelyeknek nem voltak

ilyen jellegű előzetes tapasztalataik.

Kísérleti második részben az apparátusban elhelyezett állatoknak már volt lehetőségük a menekülésre. Azok az állatok, amelyek nem részesültek "előkezelésben" könnyen elmenekültek, míg azok, amelyek kontrollálhatatlan fájdalmas ingernek voltak kitéve, tehetetlennek mutatkoztak az adott helyzetben és meg sem próbálták a menekülést. Érdekes módon passzív viselkedésük akkor is fennmaradt, amikor a helyzet már kontrollálhatóvá vált. Az értelmezés szerint csupán a kontrollálhatatlan helyzet önmagában nem vált ki tehetetlenségi reakciót, mindehhez az is kell, hogy az organizmus anticipálja a kontrollálhatatlan averzív eseményt.

Ezek szerint a "tanult tehetetlenség" modellje a kognitív teorián alapul, mivelhogy feltételezi, hogy az organizmus "felismeri" a cselekvés és kimenetel közti összefüggés mértékét.

/Non-kontingencia: a következmény független az organizmus reakciójától; kontrollálhatatlanság: az adott válasz nem befolyásolja az esemény bekövetkezésének a valószínűségét./

A "tanult tehetetlenség" modellje humán kísérletekben

Az emberekkel végzett analóg kísérletek hasonló eredményt hoztak. A kísérlet módszer az u.n. "tiadikus design", amely során a kísérleti személyek egy csoportja kontrollálható, a másik csoport kontrollálhatatlan eseményeknek van kitéve, és mindezek eredményét összevetik a harmadik "előkezelésben" nem részesült csoport eredményeivel.

Hiroto és mts /1974/ az eredeti állatkísérlethez hasonló feltételek mellett végezték el a vizsgálatot. Egyetemi hallgatókat három csoportba osztottak. Az első csoportba olyanok tartoztak, akik hangingernek voltak kitéve, terminálni tudtak. A második csoport tagjai a hangingert semmilyen manipulációval sem tudták megszüntetni, míg a harmadik csoport tagjai nem részesültek "előkezelésben". A kísérlet második részében a hanginger a kísérletben résztvevő összes személy számára szabályozhatóvá tették. Mint a hipotézis alapján várható volt, az első két csoport tagjai könnyedén megtanultak bánni a kapcsolótáblával, és rájöttek arra, hogy meg tudják szüntetni a hangingert, míg a kontrollálhatatlan hangingernek kitett csoport mindezt nem hajtotta végre. Ennek a csoportnak a tagjai nem próbálták sem elkerülni, sem megszüntetni a stimulust, mindössze passzívan hallgatták azt.

A következő vizsgálatokkal a szerzők azt a feltevést igazolták, hogy a kontrollálhatatlanságot tapasztaló és anticipáló személyek teljesítmény deficitje és tehetetlenségi reakciója hasonló a depresszióra jellemző állapothoz.

Klein és Seligman /1976/ a fent leírt kísérletet ismételték meg olyan egyetemi hallgatók bevonásával, akik előzetes szűrés alapján depressziósoknak minősítettek /BDI alapján/. A depressziós egyetemi hallgatók, akik semmilyen "előkezelésben" nem részesültek, hasonlóan viselkedtek a kísérlet második részében, mint a kontrollálhatatlan hangingerrel "előkezelt" nem depressziós csoport, azaz meg sem próbálták terminálni vagy elkerülni a kontrollálhatatlan hangingert, ha-



sonlóan tehát azokhoz, akiknél tehetetlenségi reakciót alakítottak ki.

Hiroto és Seligman /1975/ egy másik vizsgálatukban azt találták, hogy a kontrollálhatatlanság élménye teljesítmény deficitet okoz az utánakövetkező anagram feladatok megoldásában. Az "előkezeltek" számára több időre volt szükség a feladatok megoldásához, több hibát vétettek, mint azok, akik előkezelésként kontrollálható hangingernek voltak kitéve. A depressziós hallgató anagram megoldási teljesítményével összevetve, az várhatóan hasonló volt a nem depressziós, de tehetetlenségi reakcióval előkezelt hallgatók megoldási teljesítményéhez, míg a kontrollálható hangingerrel előkezelt nem depressziósok teljesítménye az "előkezelésben" egyáltalán nem részesültekéhez vált hasonlóvá. Az előző két csoportnak több ismétlésre, próbálkozásra volt szüksége, míg áttörték a "pattern"-t, azaz rájöttek a megoldásra, hosszabb volt a megoldásra igénybevett idő, és kevesebbet teljesítettek. Magatartásuk elbizonytalanodott, hibázás után mindig készek voltak arra, hogy feladják a próbálkozást. Kezdetben megfelelően motiváltak voltak, néhány megoldási kísérlet után azonban munkakedvük is alábbhagyott.

A tehetetlenségi hipotézis szerint annak a felismerése, hogy egy esemény kontrollálhatatlan, három területen jelent deficitet: a kognitív, motivációs és affektív szférában. A kognitív deficit azt a "felismerést" jelenti, hogy a reakció nem befolyásolja a kimenetelt. A motivációs deficit abban mutatkozik meg, hogy az akaratlagos válasza-

dási kísérletek fokozatosan megszűnnek hiábavalóságuk miatt, affektív vonatkozásban pedig az organizmusnál depresszív hangulati állapot alakul ki, tapasztalva a magatartás-kimenetel függetlenségét.

A humán kísérletekben egy további jelenséget kellett értelmezni, ugyanis a kísérleti személyek értelmezték saját viselkedésüket. A kudarcélmény interpretációja azonban különböző volt, ugyanis egyesek arra a következtetésre jutottak, hogy a feladat megoldhatatlan, míg mások a feladatot megoldhatónak tartották, és magukat okolták a kudarc miatt. A régi tehetetlenségi modell ennek a dilemmának a feloldására nem volt elégséges, tehát nem adott magyarázatot arra, hogy a kísérleti személyek miért vállalják magukra a felelősséget kontrollálhatatlan események miatt? A kontrollálhatatlan eseményekkel kapcsolatban két alapvető értelmezési lehetőség nyílik, amely a "nem történhetett másként" és a "nem lehet másként csinálni" magyarázatot foglalja magába. Miután az ellentmondás feloldása az adott keretek közt nem volt lehetséges, Abramson, Seligman és Teasdale /1975/ az attribúciós teória felhasználásával ujrafogalmazták a tehetetlenségi modellt és így kibővültek azok a keretek, amelyekkel a kontrollálhatatlanság emberekre gyakorolt hatását vizsgálták.

A "tanult tehetetlenség" modelljének ujrafogalmazott változata. Az attribúció koncepciója.

Ha egy sportoló sorozatos kudarcot vall a vágyott teljesítmény elérése során, annak ellenére, hogy keményen edzett,

akkor azt gondolhatja, hogy mindenki más könnyen eléri azt, ami neki nem sikerül. Arra következtethet, hogy tehetségtelen vagy éppen öregszik. A tehetetlenségi modell koncepciója szerint ez a kontrollálhatatlanság tiszta esete, mivel a személy azt hiszi, hogy mások birtokában vannak a megfelelő válaszreakciónak. A szerzők ezt a reakciót perszonális tehetetlenségnek nevezték, miután a személy úgy véli, hogy a következmény sokkal nagyobb valószínűséggel fordul elő vele, mint másokkal.

Ha viszont valaki gyógyíthatatlan rákos beteg, és azért válik tehetetlenné, mert gyógyulása nem függ már az orvosok beavatkozásától sem, és természetesen ő sem tud magán segíteni, akkor ez a helyzet az univerzális tehetetlenség esete, azaz a személy úgy véli, hogy az esemény éppen olyan valószínűséggel fordul elő vele, mint másokkal. Mindkét esetben azonban fennáll a nonkontingencia anticipációja a jövőre nézve.

Egyes szerzők javasolták, hogy a kontrollálhatatlanság elnevezést helyettesítsék a "kudarccal" fogalmával. Ujabban bizonyítást nyert az a tény, hogy a kontrollálhatatlanság - tekintet nélkül a következmény minőségére /pozitív vagy negatív/ - kognitív és motivációs deficitet eredményezhet, azonban a kontrollálhatatlan pozitív esemény expectanciája nem jár lehangoltság érzésével. Ha azonban egy adott cél elérhetetlenségét - vagyis a kudarcot -, a személy internális /perszonális/ okoknak tulajdonítja, akkor a feltétlenül másokkal való összevetés alapján jut erre a következtetésre,



másokhoz viszonyítva tehát inferioris helyzetben van. A sikertelenség visszavezetése perszonális tényezőkre nemcsak lehangolt érzelmi állapotot eredményez, hanem a kisebbségi érzés okozója is, hiszen nem lehet értékes az, aki alulmarad olyan helyzetekben, amelyek mások számára könnyen megoldható. Abramson és mts. igazolták, hogy az önértékelési zavar csak perszonális tehetetlenség esetén fordul elő.

Az eredeti teória további hiányossága abban mutatkozott, hogy nem lehetett választ adni arra a kérdésre, hogy a tehetetlenségi reakció milyen mértékben generalizálódik és mennyire tartós? Például, egy diák sikertelen vizsgája után tehetetlennek érzi magát, akkor a meg-nem-felelés érzését átviheti más helyzetekre is, és úgy érezheti, hogy inadekvát mint sportember, mint udvarló, visszahúzódik a társaságban. A személy tehát kontrollálhatatlan averzív eseménnyel kapcsolatos tapasztalatát átviheti kontrollálható helyzetekre is, ahol ez már nem releváns. A negatív elvárásoknak más helyzetekre való kiterjesztése az u.n. globális attribúció, amennyiben az attribúció csak a konkrét esetre vonatkozik, akkor specifikus. Tovább lehet finomítani az attribúció dimenziót az időtartam vonatkozásában is. Stabil /állandó/ az attribúció, ha megismétlődése várható, ellenkező esetben nem-stabil /átmeneti/ jellegű.

Összefoglalva, egy személy az averzív esemény bekövetkezésének az okát a következőkben láthatja; a./ a képesség hiány /internális-stabil/; b./ erőfeszítés hiánya /internális-nem stabil/; c./ a feladat túl nehéz /externális-stabil/;

d./ szerencse hiánya /externális-nem stabil/. A globális-specifikus; stabil-nem stabil; internális-externális dimenziók fokozati sorként foghatók fel, itt az egyszerűség kedvéért azonban mint dichotomiák szerepelnek.

Abramson és mts. a kazuális attribúció jelenségét vizsgálták kudarchelyzetben /1975/. Sikertelen vizsgát tett egyetemi hallgatókat kérdeztek meg arról, hogy véleményük szerint miért nem tudták megoldani a matematikai feladatokat a GRE felvételi vizsga során. A következő táblázat az adott válaszokat mutatja:

	INTERNÁLIS		EXTERNÁLIS	
	stabil	nem-stabil	stabil	nem-stabil
globális	buta vagyok	kimerült voltam	minden teszt nehéz	nem volt szerencsém, mert péntek 13.-a volt
specifikus	nem értek a matekhoz	torkig vagyok a matekkal	a matek teszt nehéz	a matek teszt sorszám 13 volt

A táblázat alapján látható, ha a hallgató kudarcát globális, stabil faktoroknak tulajdonítja, akkor a tehetetlenségi reakció széles körben és időben elhúzódva tartósan fennállhat. Amennyiben gyenge képességűnek tartja magát, akkor hasonló helyzetben ismét kudarcra számít, és az idő sem fogja megoldani a problémáját. Az internális, stabil, globális attribúció tartós, minden irányban érvényre jutó tehetetlenségi reakciót feltételez. Ezzel szemben a nem-stabil faktor

azt implikálja, hogy a hallgató következő alkalommal sikeres lehet, mivel sikertelenségének okai átmeneti jellegűek /pl. kimerültség, frusztráció, szerencsétlen nap/. Hasonlóan a specifikus, tehát a konkrét helyzettel kapcsolatos attribúció is megvédi a személyt attól, hogy más, nem releváns helyzetben inadekvátnak érezze magát.

#### A depresszióra jellemző attribúciós stílus-vizsgálat

A tehetetlenségi reakciót, ill. az ekvivalens depressziós állapotot jellemző tulajdonítás /oksági érvelés/ jellemzője tehát, hogy a személy nagyobb valószínűséggel magyarázza a kontrollálhatatlan averzív eseményt belső okokkal, vagyis kudarcáért önmagát teszi felelőssé még akkor is, amikor ez nem indokolt. A kudarcok internális okokra való visszavezetése feltételezi, hogy a személy másokkal való összehasonlítás alapján jutott erre a következtetésre, másokhoz viszonyítva tehát alárendelt helyzetben van, amely az önértékelési válság alapja. Továbbá, ha a negatív eseményt olyan okokkal magyarázzák, amely implikálja a tartósságot is, akkor a depresszió nagyobb valószínűséggel perzisztál, mintha az ok csak átmeneti jellegű. Végül, ha az indok általánosítható szempontot is tartalmaz, akkor a tehetetlenségi reakció, ill. depressziós állapot minden helyzetben kiváltódhat. A depressziós személyek tehát kontrollálhatatlan negatív eseményeket nagyobb valószínűséggel magyaráznak olyan okokkal, amelyek belső, állandó és általánosítható szempontokat is implikálnak.

Több szerző javasolja az attribúciós stílus helyett a ma-



gyarázó stílus bevezetését, mert az előbbi a projekció csak igen körülhatárolt területét jelenti. /Explanatory style/, a továbbiakban ezt a fogalmat használjuk, mint a külső történésekkel összefüggő interpretációs tevékenységet is magába foglaló belső gondolati aktivitást.

A jelenségekkel összefüggő értelmezési stílust szituációs és diszpozicionális faktorok is meghatározzák, ugyanis tagadhatatlan, hogy maga az esemény is behatárolja az értelmezést. A választott magyarázatot tehát két dolog befolyásolja: a./ maga a reális esemény, b./ az értelmezési stílus, amely habituális tendencia.

Például, az adott fogalmi rendszerben a házastárs elvesztése "globális" "stabil", míg a férj hosszabb ideig tartó kiküldetése "specifikus", "nem-stabil" faktorokkal jellemezhető veszteség. Az előző esetben a férj nem fog visszatérni, és az esemény a személy majd minden aktivitásában problémát fog okozni, míg az utóbbi csak átmeneti elszakadás, és más szerep-aktivitást nem érint.

Továbbá, a fent említett faktorok a következményekkel kapcsolatos elvárásokra is alkalmazhatók. Általában az események oksági magyarázata és a következményekkel kapcsolatos beállítódás azonos módon jellemezhetők. Pl. a vakság oka progresszív agykárosodás, akkor az ok és a következmény azonos módon jellemezhetők /globális, stabil/, ha azonban sérülés az oka, akkor ez "nem-stabil", "specifikus", ellentétben a következménnyel. Általában azonban elmondható, hogy az oksági magyarázat és a következmény hasonlósága

alapján bejósolható a tehetetlenségi reakció bekövetkezésének a valószínűsége, ismerve a személy értelmezési stílusát. Előfordulhat azonban, hogy az ok és a következmény jellege teljesen eltérő, akkor a személy értelmezési stílusa csupán kockázati tényezője lehet a tehetetlenségi reakciónak, ill. a depressziónak.

A depressziósok értelmezési stílusa is függ magától az eseménytől, mint ahogy erre Peterson és mts. /1984/ tanulmányában rávilágít. Olyan személyeket vizsgáltak, akik éppen egy szerelmi kapcsolatnak vetettek véget. Annak ellenére, hogy mindegyik személynél lehangoltság és depresszív reakció volt tapasztalható, súlyosabb állapotban voltak azok, akiket partnerük másért hagyott ott, mint azok, akik azért szakítottak, mert partnerüknek tanulmányaik folytatása miatt más városba kellett költözniük. Ez utóbbiak sokkal optimistábbak voltak a jövőben kialakítandó kapcsolataik felől.

Az értelmező stílus vizsgálatát számtalan tanulmány tartalmazza. A vizsgálódás alapelve, hogy az értelmezésekben a diszpozicionális különbségeket azonos eseményekre adott reakciók eltérő interpretációiban érdemes keresni. A depresszióra jellemző értelmező stílus vizsgálatát a fent vázolt hipotézis igazolása indította el, tehát, hogy azok az emberek hajlamosak a depresszióra, akiknek a negatív eseményekkel kapcsolatos értelmezéseit a saját felelősség hangsúlyozása /internális/, más eseményekre való kiterjeszthetőség /globális/ és az állandóság, ill. az újraismétlődés valósi-

nüisége jellemez /stabil/.

A vizsgálati megközelítések, amelyek a feltevés igazolására alkalmaztak: a./ keresték a korrellációs összefüggést

az értelmezési stílus és a depresszió között,

b./ a depressziós állapotot megelőző értelmezési stílust vizsgálták

c./ a tartós negatív élethelyzetekben kialakuló depresszióval összefüggő értelmezési stílust vizsgálták

d./ experimentális modellhelyzetben vizsgálták az értelmezési stílust

e./ értelmezési stílus vizsgálata esetelemzések kapcsán

Peterson és mts. /1982/ az értelmező stílus vizsgálatára kérdőívet dolgoztak ki, amely projektív elemeket is tartalmaz.

/Attributional Style Questionnaire, ASQ/ A teszt egyik fele pozitív, másik fele negatív kimenetelű helyzeteket exponál, amelynek okait a vizsgált személy jelöli meg saját feltételezése szerint. Az így kapott okokat a már ismertetett dimenziók mentén kell súlyozni. Az ASQ érvényességi ismérvei teljesebbé tétele végett kiegészítő vizsgálatokat végeztek, amennyiben a vizsgált személyeknek 2-300 szóban le kellett írni az elmúlt év legkellemetlenebb eseményét. Az írásos anyagot egymástól független értékelők elemezték az internalitás, stabilitás és globalitás dimenziói szempontjából, majd ezt összevetették a kérdőív eredményeivel. A tanulmány iga-



zolta, hogy az oksági magyarázatok spontánul megjelentek az események felidézése során, amely hasonló tendenciát mutatott a kérdőívben is.

Az ASQ-t széles körben használták a fent említett vizsgálati megközelítésekben. A tanulmányok döntő többsége igazolta a feltevést. Érdeemes kissé részletesebben kitérni az utolsó vizsgálati módszer adta lehetőségek ismertetésére. Az egyéni életut tanulmányozásának egyik lehetséges módja az írásos, ill. a terápiában rögzített anyag tartalmi analízise. A szerzők /Peterson, Seligman, 1984/ hangsúlyozzák, hogy a verbatim analízis kidolgozott valódi módszerei lehetővé teszik a depresszió jellemző értelmezési stílusának a tanulmányozását, amely kiküszöböli a kérdőívek hátrányos tulajdonságait, mint a nagyfokú információ-veszteség és a kényszerítő jelleg. Összhang kialakítása a kérdőívek és a verbatim analízis közt kívánatos és eredményes lenne, amely néhány sikeres tanulmány alapján ígéretesnek látszik. Peterson és Seligman /1983/ négy depressziós beteg pszichoterápiás üléseinek verbális anyagát vizsgálták a terápia elején, közepén és végén. A depressziót mindegyik esetben a tárgyvesztés váltotta ki és a terápiás eredmény sikeresnek bizonyult. A verbális anyagból 300 szavas kivonatokat készítettek, amelyek egymástól független értékelők elemeztek. Kimutatható volt, hogy az értelmezési stílus változott a terápia előrehaladtával, mégpedig úgy, hogy az értelmezési stílus inter-nális, stabil és globális aspektusai fokozatosan csökkentek, tehát a bekövetkező változások jelzik a pszichoterápiás fo-

lyamat során a depresszió oldódását.

Peterson és mts. /1983/ vizsgálták a hangulatváltozás értelmezésben megnyilvánuló előjeleit egy depressziós beteg pszichoterápiás verbális anyagának analizise során. Az általuk követett módszerrel a kontextus objektív módon vizsgálható a tünet megjelenése előtt és után. A negatív események oksági indoklása jelentette a kontextust és a hangulatváltozás a szimptomát. A kontextus-szimptoma analízis egy depressziós beteggel 200 ülésen folytatott terápia verbális anyagán végezték el. Az elemzés igen szigorú kritériumrendszernek felelt meg. Az előfeltevésnek megfelelően a negatív események értelmezési stílusára a fent leírt tendencia volt jellemző, míg a depresszió oldódását az externális, nem-stabil, specifikus faktorokkal jellemezhető oksági magyarázat előzte meg. Átfedés nem volt. Miután korrelációs vizsgálatokról volt szó, szükségesnek látszott a harmadik változó kiszűrése, mint a szorongás, Oedipal-konfliktus, stb. A vizsgálat egyértelműen mutatja, hogy a depressziós hangulatváltozás bejósolása lehetséges a változást megelőző értelmezési stílus érvényes módszereket követő analizise segítségével. Más szerzők archiv anyagot próbálkoztak hasonló jellegű tartalmi analizissel összefüggésbe hozva azt a személyek, ill. családok később megbecsült személyiségvonásával, ill. életstílusával. Az ilyen jellegű próbálkozások a végső konklúziót azonban egy kissé esetlegessé teszik, ugyanis nehezen tárhatók fel az egyéb változók szerepe.

Összefoglalóan, az eseményfüggő értelmezési stílus nem csupán egyéni, hanem kórlélektani jelenségekkel összhangban jól vizsgálható jellegzetességeket mutat. Peterson és mts. /1984/ az értelmező stílust olyan hipotetikus konstrukciónak tekintik, amely különböző konvergáló műveletekkel mérhetővé tehető, azonban egyik sem definálja a konstrukciót kimerítően.

Végül ki kell hangsúlyozni, hogy a depressziós állapotra jellemző értelmező stílus csupán a depresszió kockázati tényezőjének tekinthető.



## II. JELEN VIZSGÁLAT KONCEPCIÓJA: A VERBATIM ANALIZIS ÁLTALUNK ALKALMAZOTT MÓDSZEREI A DEPRESSZIÓS ÁLLAPOT JAVULÁSÁVAL EGYÜTT VÁLTOZÓ ÉRTELMEZŐ STILUS VIZSGÁLATÁRA

A jelen vizsgálati terv kidolgozásánál azoknak a tanulmányoknak az eredményeit vettük figyelembe, amelyek igazolták, hogy a depressziós betegeknél kognitív struktúra változás történik az állapotváltozással párhuzamosan. A vizsgálatok főleg az irracionális hiedelmek, az attribúciós stilus és az életesemények minősítésének vizsgálatára irányultak, mivel ezen jelenségekkel összefüggésben álltak rendelkezésre kidolgozott módszerek. Az életeseményekkel kapcsolatos vizsgálatok egymásnak ellentmondó eredményt is hoztak, de Paykel és mts. /1969/ kimutatták a depressziós állapottal való összefüggését. Beck és mts. által kidolgozott irracionális hiedelmeket vizsgáló módszer annak a hipotézisnek a vizsgálatát célozta, hogy az irracionális hiedelmek latensen jelen vannak a depresszióra hajlamos személyeknél és amelyek bizonyos életesemények hatására aktíválódhatnak. Ugy tűnik azonban, hogy a depresszió oldódásával az ilyen jellegű kogníciók is bizonyos változáson mennek át /Hamilton és mts. 1983, Simons és mts. 1984/. Ugyanigy nem mindig hozott konzisztens eredményt az averzív eseményekkel kapcsolatos attribúciós stilus vizsgálata, de a tanulmányok döntő többsége igazolja, hogy a depressziós személy negatív esemény bekövetkezését nagyobb valószínűséggel tulajdonítja belső, általánosítható és állandósá-

got implikáló okoknak. Longitudinális követéssel pedig a depressziós állapot javulásával a negatív attribúciós stimulus is megváltozik /Peterson és mts. 1985/.

Kontrollált vizsgálatokkal kimutatható volt az is, hogy nem csupán pszichoterápiás befolyásolással /kognitív terápia/, hanem indirekt manipulációval, azaz farmakális kezeléssel a depressziós betegek kognitív strukturáiban változás provokálható. Simons és mts. /1984/ bizonyították, hogy triciklikus antidepresszánssal kezelt betegek kognitív változásai hasonlóak a kognitív terápiával kezelt betegekéhez.

Az ilyen irányú vizsgálatok többségét az Egyesült Államokban végezték. Magyarországon a kognitív változások követésére nincsenek kidolgozott módszerek /még az elterjedten használt BDI sincs standardizálva/, tehát tömegvizsgálatot a jelenség tanulmányozására nem lehet folytatni.

A jelen vizsgálatban azonban mégis megkíséreltük egy esetelemzés kapcsán a beteg kognitív strukturaváltozásait regisztrálni a terápiás időszak alatt. Erre a célra a verbális anyag különböző aspektusú kvantifikációit lehetővé tevő rendszert és formalizálást dolgoztunk ki. Ennek alapját az biztosította, hogy a beteg naplót vezetett, amelyben az ülések közti időben az őt leginkább foglalkoztató eseményeket és ezzel kapcsolatos gondolatait írta le. A terápia két évig tartott és a betegnél igen jelentős javulás következett be. A pszichoterápia alatt a beteg gyógyszert nem szedett, így a javulás a terápia eredményességét is méri. A vizsgálat

célja azonban az volt, hogy olyan módszert dolgozzunk ki, amelynek segítségével a kognitív struktúrákban bekövetkező változást regisztrálni tudjuk, közvetve a terápiás hatékonyságról is képet kaptunk, azonban elsődleges célunk nem ez volt. A verbális anyag elemzésére többféle módszer létezik /pl. Gottschalk-Glaser/. A jelen vizsgálatban az általunk felvett szempontoknak megfelelően alakítottunk ki egy vizsgálati szisztémát.

A vizsgálati szempontrendszer kidolgozásánál figyelembe vettük a depressziós beteg és környezete interakciójában bekövetkező diszfunkcionális változásokat és az információ-feldolgozás jellegzetességeinek a meghatározásából indulunk ki.

Ismert tény, hogy a depressziós beteg kognícióit sajátos irányba torzítja, akkor ez igaz olyan jelentős élethelyzetekben is, ahol a beteg társas környezetéből eredő információkat értelmezi sajátosan negatív kognitív minta szerint. Másrészt, a depresszió pszichodinamikus értelmezéséből egyöntetűen kiemelhető az a tény, hogy a személy fokozottan rá van utalva környezetére, jobban függ másoktól, tehát más személyektől kapott visszajelzések kiemelkedően fontosak lehetnek számára. A pszichodinamikus magyarázat ezt a jelenséget főleg az affektív oldalról vizsgálja, amely a beteg viselkedésének magyarázatául szolgál.

Ezen elméleti előfeltevések, valamint az a konkrétum, hogy a beteg a naplójában szinte felkinálta az interperszonális helyzetleírásokat, szolgáltatták az alapot ahhoz, hogy a kö-



zép pontban a személy és környezete viszonyát és a szociális információ-feldolgozás módját állítsuk.

Az öt vizsgálati megközelítés közül három a fent leírt jelenség tanulmányozására irányul; - vizsgáltuk:

- az interperszonális helyzetekből nyert jutalom és büntetés értékű szociális tapasztalatok rendszerét,
- kísérletet tettünk az interperszonális helyzetek tartalmi definiálására, tehát, hogy az információk milyen kognitív előfeltevések mentén szerveződnek,
- vizsgáltuk a szociális térben a szignifikáns személyekkel szerzett tapasztalatok minőségét.

A további két vizsgálati szempont eltér az interperszonális helyzetek szorosan vett vizsgálatától; - ezek:

- negatív konnotációjú szavak gyakorisági megoszlásának vizsgálata,
- öninterpretációk gyakoriságának megoszlása.

#### 1. A vizsgált személy

A jelen vizsgálat anyagát képező pszichoterápiás kapcsolat kezdetén 25 éves nőbeteg, akit az Ideggondozó Intézet küld kezelésre stagnáló állapota miatt. Előzmények: négy hónapig feküdt Idegosztályon, ahol gyógyszeres és egyéni, majd csoportpszichoterápiában részesült. Emissio után pszichoterápiás kezelése tovább folyt, lényegében eredménytelenül. Családterápiás kezelésre is jártak férjével együtt, változást azonban ez sem hozott.

Panaszok: a jelen pszichoterápiás kapcsolat kezdetén do-

mináltak a depresszív tünetek, diszfória, önértékelési zavar, azomatikus tünetek /ájulás, rosszullét/. Félelmei voltak az utcán és otthon, hogy rosszul lesz és nem tudnak segíteni rajta. Korábban gyógyszer-abuzus, ezzel azonban saját elhatározással felhagyott, mert érzékelte a kedvezőtlen mellékhatásokat. A terápia kezdetén szinte állandósult szuicid ideációk foglalkoztatták, kísérlete csak egy alkalommal volt, ezzel azonban nem került kórházba. Kényszeres tünetei is voltak, ezek főként a napi munkaszervezésében bevezetett ceremóniák /pl. a sorrendiség szigorú betartása/. Értelmével teljesen tisztában van, ha ezeket elmulasztja, akkor baj érheti. Környezete őt és ő magát is betegnek tartotta.

#### Aktuális élethelyzet

8 éves házasok, két gyermekük van; egy öt éves kislány és egy három éves fiú. Férje buszvezető. Önálló lakásban élnek, anyagi keretek szűkösek, de a megélhetésre elég. Az adott időben a beteg gyesen volt, és mellette bedolgozó munkát végzett.

#### Gyerekkori család

Gyakorlatilag a nagymamája nevelte 15 éves koráig. Szülei elváltak, amikor ő nyolc éves volt, de már előtte a nagymamához került. Azért adták a nagymamához, mert jelenlétében a szülei "nem tudták kellően gyilkolni egymást". Anyja ugyan hetente látogatta, de erről nagyon rossz emlékei vannak, mert mindig félt, hogy hazaviszik, ezért nagyon igyekezett a nagymama kedvébe járni.

Serdülőkorában visszakerült anyjához, aki addigra újra férjhez ment. Kapcsolatuk nem lett jobb, sőt néha úgy érezte, hogy nevelőapja védi meg anyjával szemben. 17 éves korában, korengedménnyel férjhez megy. Házassága jelenlegi férjével szerelmi kapcsolat volt, amely az iskolai színját-szó csoportban kezdődött, de az otthonról való menekülés is motiválta. Nagymamájához igen szoros érzelmi szálak fűzték. A nagyanya szinte cinkos módon szerette, ha viszont nem engedelmeskedett, azzal fenyegette, hogy visszaviszi az anyjához. Nagyapával is harmonikus volt a kapcsolata, sok közös élményük van. Velük élt még két nagynénje, és az egyik nagynénjének házasságon kívül született fia, akit a nagyanya szintén erősen pártfogolt, mert annak édesanyja is súlyos beteg lett. Ez a tény benne féltékenységet és irigységet keltett. Sokszor érezte úgy, hogy ő mindenki számára a családban csak a bajt jelenti. A nagyanyának abba kellett hagyni a munkát, hogy rá vigyázzon, az egyik nagynéninek három műszakban kellett dolgozni, hogy megkeresse a megélhetéshez szükséges pénzt. Ugy érzi, hogy "mindig önmagába ütközik, míg más ember viselni tudja magát".

Édesanyjával való kapcsolata kezdettől kiegyensúlyozatlan volt. Az anyja nevelés okán mindig kritizálta. Pl. ha ült, akkor "jaj, de ráérsz!", ha állt "nincs semmi dolgod?!" szavakkal reagált. Amikor a nagyanya meghalt, és ő feketébe öltözött, akkor megjegyezte, hogy "a temetés nem parádé", ha sirt "mit cirkuszolsz, viselkedj úgy, mint más normális ember".

Anyja házasságkötésük körülményeit is elferditette előtte,



erre apja hívta fel a figyelmét, és levelekkel igazolta állítása helyességét. Ettől kezdve anyja igazmondásában is kételkedett. Édesapjával későbbiekben csak szórványosan találkozott évi egy alkalommal.

### Házassága

Házasságuk kezdetén arra törekedett, hogy férje kedvébe járjon, hogy az mindent megkapjon, amit otthon megszokott. Idővel rájött, hogy ezt nem bírja /két műszak, otthon házfelügyelő/. Két spontán vetélés után arra a meggyőződésre jutott, hogy ő semmit sem bír. Csalódott magában, úgy érezte, hogy kudarcok sorozata éri. Majd veszélyeztetett terhes lett és két gyereket szült. Otthon maradt a gyerekekkel, de akkor már nehézségei voltak. Közben férje tanfolyamra ment hónapokra. Ekkor a gyerekekkel együtt a sógornőjéhez költözött, hogy ne legyen egyedül. Fiát ez idő alatt műtötték orrmandulával és ez számára újabb lelki próbatételt jelentett. Közben megkapták az új lakásukat, ahová a gyerekek belépni sem akartak.

Gyerekeivel szemben büntudata van, nem tudja úgy nevelni őket, ahogy szeretné. Türelmetlen volt velük, tudja, hogy tönkreteszi őket. Az új lakásba költözés után annyira felerősödtek tünetei, hogy orvosi segítségre volt szüksége.

Férjével való kapcsolata a terápiás foglalkozások kezdetén erősen konfliktuózus, férje nem érti betegségét és sok mindenért hibáztatja.

Szexuális kapcsolat: mindkettőjük számára az első szexuális tapasztalatot jelentette. Férjénél voltak kezdetben

nehézségek, később azonban ez spontán megoldódott. Kezdetben ennek tulajdonította, hogy a szexuális kapcsolat nem jelent neki örömet. Később azonban magát okolta, mivel férjénél megoldódtak a problémák. Orgazmushoz csak sokkal később és igen ritkán jutott. Félelem alakult ki benne az együttlétektől és ezt mér férje néha különleges elvárásai is fokozták. Minden szexualitással összefüggő dolog tabut jelentett számára. Ezek az érzései csak nagyon lassan oldódtak.

Kapcsolatok: sokszor volt olyan benyomása az iskolában, hogy a közösség nem fogadja be. Első szerelme pedig egyenesen kinevette, amikor érzelmileg közeledett. Volt olyan élménye is, hogy barátnője anyja a lányát el akarta tiltani tőle, mondván, hogy ő mindig "szomorú". Anyja a férjével való együttjárást is tiltotta, és csak úgy beszélt leendő vejéről, mint a lánya stricijéről. Pozitív élményei is voltak, ezek tanárokhoz, megértő barátnőkhöz kötődtek. Házasságuk után igen intenzíven ápolták kapcsolataikat és ebben ő volt a szervező. Egyik barátnője azonban lazított a kapcsolaton, és ezt úgy élte meg, hogy ő biztos ráerőszakolja magát. A gyerekek születése után és tünetei megjelenésével kapcsolatai egyre szűkültek, úgy érezte izolálódik. Anyósában kezdetben a nagyanyját látta, azonban rá kellett jönnie arra, hogy tévedett. A vele való kapcsolat nem szakadt meg, csak meglazult. Volt munkahelyéről csak igen kevés kapcsolatot ápolott tovább. Ha megkeresik az jól esik neki. A jelen terápia kezdetén még nagyon ragaszkodik a megkezdett csoportterápiás foglalkozásokhoz, mely az egyetlen közösséghez va-

ló tartozást jelenti. A terapeuta változásokat veszteségként élte meg.

## 2. A vizsgált anyag természete

A verbatim analízis tárgya a depressziós beteg által a pszichoterápia során írt napló. A terápia két évig tartott és mintegy 100 ülést foglalt magába. A beteg hetenként egy ülésen vett részt és közben a naplóba írta le önmegfigyeléseit.

A napló terjedelme 194 gépelt oldal, oldalanként átlagosan 40 sorral. A napló eredetileg kézzel íródott, a gépelt változat azonban egyenletes eloszlást biztosít az elemzés számára, tehát mintegy rács működik a megfigyelt gyakoriságok eloszlásának a feltüntetésében.

Az önmegfigyelések regisztrálása folyamatosan történt, így a napló alkalmas bármilyen szempontú folyamatelemzésre.

## 3. A verbatim analízis módszerei a jelen vizsgálatban

### a./ Az interperszonális helyzetek információ-feldolgozásának tanuláslélektani alapon történő vizsgálatára tett kísérlet

A vizsgálat tárgyát képező anyag a klinikai gyakorlatból indult ki. Közismert, hogy a betegek a pszichoterápiás üléseken gyakran számolnak be társas kapcsolataik történéseiről, ezzel kapcsolatos érzelmi reakcióikról és értékelik, minősítik kapcsolataikat különböző aspektusból. A szociális térben



lezajló események igen fontossá válhatnak a személy számára, hiszen intenzív, vonzó, vagy kellemetlen, taszító tapasztalatot jelentenek. A szociális interakció-sorozatnak a személy által egy későbbi időpontban való megjelenítése lehet: közös tevékenység, dialógus felidézése vagy magának a kapcsolatnak a leírása, jellemzése. A szociális stimulusok belső reprezentánsainak a megismerése és értelmezése fontos területe a pszichológiának, a szemiózis fogalmi keretébe illesztve a jelentő és a jelentett viszonyának a tanulmányozását jelenti. Mérei megfogalmazása szerint a jelentő és a jelentett viszonya nem egyszerű megkettőződés, hanem hosszú intrapszichikus folyamatban létrejött egyensúlyi állapot.

A jelentőhöz - ebben az esetben a szociális stimulushoz - kiterjedt másodjelentést fűzhetünk, azaz minden denotátumhoz a konnotátumok kiterjedt szövedéke tartozhat. A szociális hatásbenyomás követése egyrészt az explicit válaszreakció elemzésével, másrészt a másodjelentés hálózat feltárásával ismerhető meg. Az asszociációk közvetítenek a jelentő és a jelentett közt. Az asszociatív tartalmak tagolják, színezik az eredeti élményanyagot, elvesznek belőle, hozzátesznek részeket, verbális vagy vizuális jelekkel kódolják az élményanyagot, vagyis többirányban módosítják az objektív történéseket. Így jön létre egy másodjelentés hálózat, amely sűrített formában a viszontválaszban kifejeződésre juthat, de nagyon gyakran rejtve marad belső kognitív és affektív reakció formájában.

A beteg természetesen nem számol be mindenről, ami vele

történt vagy történik. Az, hogy mit szelektál a körülötte zajló szociális események közül, az több tényezőtől függ. Ha a terápiás kapcsolatban kedvező, nyílt légkör alakul ki, akkor az információszolgáltatás kimoszdul a holtpontról, és a beteg egyre több eseményről számol be, és egyre részletesebben. Ezzel párhuzamosan csökken azoknak a szociális eseményeknek az elhárítása, amelyek ugyan komoly hatással voltak rá, de felidézésük bizonyos szempontból kockázatos lenne /pl. elvesztheti a terapeuta bizalmát/. A beteg tehát minél több részletet feltárva, egyre több asszociációt felszínre hozva számol be az interperszonális történetekről, annál nagyobb valószínűséggel kaphatunk reális képet kapcsolatairól, szociális effektusok emocionális következményeiről és a személy önmagához való viszonyulásának módosulásáról. Itt a szociális történet a denotátum, amelyet a konnotáció tesz egyedivé és egyedül érvényessé a személy számára. A pszichológiai elemzés a szemiotikában nem annyira a jelentési helyzet objektív történeteit vizsgálja, hanem az intrapszichikus jelentésadási folyamat végeredményét, magát a jelentést. A szociális történetek által kiváltott asszociációk másodjelentéseinek a megismerése abból a szempontból is fontos, hogy indirekt úton jelzést kapjunk az érzelmi-indulati reakciók minőségéről is.

#### A szociális akciókép

A terápiás ülések anyagának a rögzítésével, vagy a beteg által rögzített írásos anyag elemzésével folyamatában követhetjük a szociális tranzakciók személyre gyakorolt hatását.

Az így rögzített szövegrészt, amely a szociális történetet reprezentálja tevékenység, dialógus, vagy leírás formájában szociális akcióképnek neveztük el, ugyanis egy dinamikus folyamat egyetlen állóképre van összesűrítve, amely különböző minőségű szociális tapasztalatot tartalmaz. A szociális akciókép már kognitív, affektív szinten átdolgozott információtömeg vetülete, amennyiben a külső eseményből szelektált és a preformált kognitív sémák szerint torzított módon sűríti a realitást /kihagyások, arányok eltolódása, stb./. A szociális akciókép tehát az események megjelenítésével interferálva a szubjektív élményvilágot képviselő kognitív sémák által kimunkált hatásbenyomás és értelmezés-minősítés végső eredményét foglalja magába.

Külön figyelmet érdemelne a hiányos szókészlet és a nyelvi kifejezőkészség korlátozó szerepe a felidézés során. Feltehető, hogy nem minden esetben elhárításról, tehát pszichodinamikai tényezőről, hanem egyszerűen a nyelvi képességek fejletlenségéről van szó, amely szintén torzítja a realitást.

Példák a szociális akcióképre:

"Aki ilyen mélyre merült, már csak felfelé mehet", mondta Marie Lambert. Micsoda ostobaság! Az ember mindig süllyedhet mélyebbre, még mélyebbre és még mélyebbre. Nem ér talajt. Marie Lambert azért mondja ezt, hogy megszabaduljon tőlem. Elege van belőlem. Mindenkinek elege van belőlem. A tragédia jó egy percre, az ember érdeklődik, kíváncsiskodik, jónak érzi magát. És azután minden megismétlődik, egy helyben topog,



fárasztóvá lesz, olyan fárasztó még az én számomra is. Isabelle, Diana, Colette, Marie Lambert, torkig vannak velem, és Maurice..."

/Simone de Beauvoir: A megtört asszony/

"Édesapám nem mondja ki soha, hogy engem szeret, úgy mondja ki, hogy engem is szeret, hogy azt mondja a feleségemre, hogy A-t ugyanugy szeretem, mint a többi gyerekeket. Ezzel kimondta azt is, hogy engem is szeret. Csak ez nekem fáj, mert én az ő véréből csöppentem...a feleségem nem az ő véréből csöppent, csak jobb lenne, ha engem szeretne jobban, mint a feleségemet, jogom van, hogy jobban szeressen...Nem?

/egy paranoid beteg explorációjából/

A szociális akciókép verbális megjelenítése tartalmazza:

A szociális tranzakció "adatait"

a./ A szociális aktus minősége:

- egyetlen verbális közlés
- dialógus
- közös tevékenység
- viszonyulási mód általános leírása

b./ Időfüggvény tekintetében:

- régmúlt eseménnyel kapcsolatos
- közelmúlt eseménnyel kapcsolatos
- terapeutával kapcsolatos /itt és most helyzet/

c./ A személyek tekintetében:

- egy személlyel kapcsolatos
- több személlyel kapcsolatos
- fontos és kevésbé fontos személyekkel kapcsolatos

d./ A szociális akció irányát tekintve:

- felé irányul
- tőle irányul ki

2./ A szociális tranzakció vonzataként megjelenő automatikus gondolatok, amelyek funkciója kettős:

- a külső akció érvényesítése
- az "én"-nel kapcsolatos belső reakció megfogalmazása

A funkciók megkülönböztetése és szétválasztása csak elméletileg érvényes, ugyanis itt olyan értékelő-minősítő tevékenységről van szó, amely megjelenhet a válaszreakcióban vagy rejtve maradhat és többnyire az "én"-re vonatkozik. Pl. a férj azt mondja feleségének: "jó ebédet főztél ma". A fogadó személy, tehát a feleség gondolhatja, hogy "örülök, hogy meg van elégedve velem". Ezzel szemben gondolhatja azt is, hogy "biztos azért kedves, mert el akarja érni, hogy ne ellenkezzem, ha ma este el akar menni". Lehet, hogy ezek a gondolatok az expresszív válaszreakcióban kifejeződnek. Az első esetben a férj dicsérete egyértelműen pozitív szociális tapasztalatot jelent a feleség számára, tehát a válasz vagy az automatikus gondolat érvényesíti a közléstartalmat, tehát azt, amit a közlő kifejezésre akart juttatni. A második esetben a szubjektív értékelés eltér a közmegegyezéssel objektív jelentéstől, tehát a közlés eredeti céljától, mert a feleség kételkedik a dicséretben. Értelmezése szerint a közlő saját céljai eléré-

se érdekében "használja" a közleményt és őt, mint fogadó személyt ignorálja. A közlemény a fogadó személy számára eltérő jelentésű és negatív szociális tapasztalatot jelent, hiszen az ő igényeit figyelmen kívül hagyja.

Egy közlemény hatásának szubjektív minősítése tehát szélsőséges esetben ellentétes lehet a közmegegyezéssel objektív minősítéssel, ami kifejeződik a válaszreakcióban vagy belső gondolat formájában rejtve maradhat.

További bonyodalmat jelent, hogy a személy a szociális akcióval kapcsolatosan az "én" állapotáról, a szociális akciónak a személyes szférát érintő hatásáról is közöl információt verbális úton, amelyek arról számolnak be, hogy a szociális hatás az "én"-t gyengítette vagy pedig erősítette-e? Ezek a viszontválasz - vagy az automatikus gondolatok - formáiban megfogalmazódott információk utalhatnak:

- fizikai közérzetben való változásra /pl. elszállt innamból minden bátorság; vagy könnyűnek éreztem magam/
- affektív reakcióra /pl. szorongtam, boldog voltam/
- motivációra /pl. el kellett mennem onnan/
- az "én" értékelésére /semmi hasznomat sem lehetett venni/.

Nem lehet éles határt húzni a tekintetben, hogy a verbális anyag mikor szolgálja tisztán a külső benyomás minősítését és mikor válik tisztán belső, az "én" állapotát jelző funkcióvá. Valószínű, az expresszív válaszreakcióból és az implicit automatikus gondolatokból mindkét funkcióval kap-



csolatosan lehet információt nyerni. A jelentések ebből a szempontból egy kontinuum mentén helyezkednek el, ahol a végpontok a jelentéstartalmak funkciója szempontjából a következők:

- tisztán a külső szociális akció minősítését szolgálják  
pl. "ez egy ronda kijelentés volt részéről"
- tisztán az "én" állapot regisztrálását szolgálják  
pl. "csunya és buta vagyok"

Ez utóbbi úgy tűnhet, hogy nem kapcsolódik a külső szociális tapasztalathoz. Valójában a kapcsolatot az biztosítja, hogy a külső szociális tapasztalat által generált belső gondolati tartalomként jelenik meg és mint ilyen az expresszív válaszreakcióból hiányzik. Önálló jelentőségük tehát annyiban van, hogy elszakadva a külső hatás minősítésétől csak az "én"-nel kapcsolatos tapasztalatot hordoznak.

#### A szociális tapasztalat minősége

A személy interperszonális környezetéből pozitív /kellemes/ vagy negatív /kellemetlen/ tapasztalatot szerezhethet. Ha a tranzakció sorozatot egy állandóan előre gördülő folyamatként képzeljük el, akkor a kellemes és kellemetlen szociális tapasztalatok tömege egymással váltakozva vagy együtt, különböző sűrűséggel válik az egyéni élményvilág részévé. Ugyanaz a szociális szituáció tehát mindkét minőségű tapasztalatot egyszerre hordozhatja a személy számára. Ha ezt a jelenséget egy koordinátarendszerben képzeljük el, akkor a vízszintes tengelyen a pozitív és negatív szociális tapasztalatok vonulata ábrázolható, míg a függőleges tengelyen a

hatásbenyomás mélysége jeleníthető meg. Ez utóbbi elméletileg tagolható, mégpedig úgy, hogy; a./ a szociális stimulus nem vált ki semmiféle reakciót, b./ válaszreakciót hív elő, c./ automatikus gondolatokat aktivál, amely az esemény megszűnése után is tovább működik. Amennyiben a szociális benyomás mély nyomokat hagy, úgy feltehetően a preformált sémák aktiválódnak az információ feldolgozására és emléknymformájában történő tárolására, ill. az adott séma korrekciója vagy új kognitív séma megalkotása lehet az eredmény.

Külön figyelmet érdemelne az információfeldolgozás két kritikus pontja kórlélektani szempontból:

Első, amikor a szubjektív minősítés szélsőségesen eltér a közmegegyezéssel objektív jellegtől. Ilyen eset, pl. amikor a többség által pozitívnek ítélt szociális akció az egyéni jelentésadási folyamatban negatívnak minősül. Például: "...anyám kiborított, ecsetelgette, ha Á. is nála lakhatna, akkor ő elvinné, hozná az iskolából és nagyon értetlenül nézett rám, fel sem tudta fogni, miért lettem dühös és miért mondtam, hogy vegyük úgy, hogy a téma le van zárva...". Második, ha az "én" állapotával kapcsolatos automatikus gondolatok tulzatosan kiterjednek és negatív jellegűek. Ezek közvetlen jelzései az önértékelési zavaroknak. Pl. "...ismerősom öngyilkosságának a híre bennem azt a gondolatot keltette, hogy gyáva vagyok, mert én ezt nem merem megtenni...".

A szociális akció által közvetített információ tartalom nemcsak a minőség szempontjából, hanem a meghatározottság

szempontjából is változó. Ha ezek információ tartalma csekély, vagy nem egyértelmű, akkor jobban ki van szolgáltatva a szubjektív minősítő funkcióknak, ezzel szemben vannak igen egyértelmű közlemények is, amelyek a szubjektív értékelő-minősítő tevékenység számára nem sok teret biztosítanak. Például, a fürkésző tekintet egyik emberben a személye iránti kíváncsiság, míg a másikban fenyegetettséggel kapcsolatos gondolatokat hívhat elő. Vagy pl., a "megyünk vásárolni?" kérdésre a válasz vagy egyszerű beleegyezést közvetíthet, aminek az "én"-re vonatkoztatva semmilyen következménye nincs, de egyéb asszociációkat is elindíthat. Ha a személy ezzel kapcsolatban azt gondolja, hogy "pont akkor mondja, amikor mást csinálok", akkor ez a külső szociális akciót, a közlést, mint frusztrációt érvényesíti, de gondolhatja azt is, hogy "jó ha velem jön, legalább segít" és így pozitív szociális tapasztalatot eredményez a személy számára. Vannak igen egyértelmű közlemények, amelyek kevés jelentésadási lehetőséget biztosítanak a szubjektum számára, pl. "menj a fenébe!". A szociális tapasztalat minőségei affektív, motivációs és viselkedéses következménnyel bírnak.

#### A szociális tapasztalat formalizálásának szempontjai

A szociális akció hatásának következményeit vizsgálva és tanuláslélektani fogalmi keretbe illesztve a pozitív szociális tapasztalat jutalom, a negatív pedig büntetés értékű a személy számára. Ezen túlmenően jutalom értékű az anticipált negatív stimulus megszűnése vagy hiánya, ill. büntetés értékű lehet egy adott szociális helyzetben az anticipált pozi-



tiv stimulus megszűnése vagy hiánya /l. ábra/.

Ezen a ponton figyelembe kell venni a személy elvárása-  
it az adott kontextuson belül. /Miután itt nem elemi, hanem  
kommunikációs szinten zajló bonyolult interakciókba ágya-  
zott szociális stimulusról van szó./ A nyelvi kifejezések  
rendkívül gazdag és finom árnyalatai lehetőséget kínálnak  
arra, hogy a személy verbális uton direkt vagy indirekt mó-  
don érzékeltesse vagy kifejezze elvárásait a bonyolult in-  
terakciókba ágyazott szociális stimulusokra adott viszont-  
válaszában. A verbális anyagból tehát kibontható a személy  
előzetes elvárásaival való megegyezés vagy eltérés a szoci-  
ális kontextuson belül. Pl. két módon juthat kifejezésre,  
hogy meglepődött, mert másra volt felkészülve. Ugy, hogy  
válaszában megfogalmazza, vagy a válaszreakció implikálja  
az előzetes elvárástól való eltérést. Ez utóbbi az adott  
helyzetben metakommunikatív jelzések útján is megnyilvánul,  
azonban az explicit viszontválasz és az automatikus gondo-  
latok nyelvi strukturájából is lehet következtetni az elvá-  
rásokra. A várt meg-nem valósulása így ellentétes minőségű  
szociális tapasztalatot eredményez. Pl. "örülök, hogy be-  
széltél az álmaidról" közlésre a fogadó személy azt gondol-  
hatja: "érdekes, azt hittem, nem érdekli". válasz implikál-  
ja, hogy a korábbi tapasztalatai alapján nem számíthat meg-  
hallgatásra. A negatív szociális tapasztalat hiánya itt a  
meglepődés, rácsodálkozás kellemes élményét jelenti.

A verbális anyagban az "én" állapotával kapcsolatos gon-

dolatok is kifejeződnek a nyílt viszontválaszban, vagy automatikus gondolatok formájában közvetlenül vagy kevésbé közvetlen formában. Az "én"-re vonatkozó verbalizált anyag pozitív vagy negatív jellegénél fogva az önbüntetés vagy önmegerősítés lehetőségét hordozza. Ezek kifejezhetik az "én" fizikai közérzetét, emocionális-affektív állapotokat, viselkedéses késztetéseket, valamint az "én" képesség- és tulajdonságkészletének az értékelését. A nyelvi struktúra gazdagsága itt is lehetővé teszi a várttal való megegyezés, ill. az attól való eltérés kifejezését. Például, ha egy személy azt mondja a másiknak: "vártam, hogy megszólalsz az érkemben", amire a másik azt gondolja, hogy "tudtam, hogy ezt fogja mondani, de mit lehet várni tőlem, aki még magán sem tud segíteni, nemhogy máson". Ebben a példában az automatikus gondolat érvényesíti a külső negatív szociális tapasztalatot, ugyanakkor az "én"-nel kapcsolatban negatív következtetést tartalmaz, mert kifejezésre jut, hogy az "én" gyenge és bizonyos készségek hiányában van. Másik példa, "nagyon magabiztosan mondtad el a történetet" közlésre a fogadó személy gondolhatja "nagyon kedves tőle, de én magam is meglepődtem, hogy milyen könnyedén ki tudom fejezni magam". A személy részben érvényesíti a külső pozitív szociális tapasztalatot, ugyanakkor kifejezésre jut, hogy rosszabbra volt felkészülve, amely másképp realizálódott, így önmagával elégedett, belső pozitív tapasztalathoz jutott.

A fent vázolt szempontok figyelembevételével az alábbi

formalizálási szempontrendszerrel dolgoztunk ki a szociális akciókép kódolására:

Felvetett szempontok: pozitív/negatív minőség

- külső akció érvényesítése/az "én"-nel kapcsolatos belső reagálás
- előzetes elvárással egyező/attól eltérő

Modell:

- KPT a szociális akció pozitív minősítése /a v.sz. jelentésadási rendszerében/  
"X. érti, amit mondok"
- KNT a szociális akció negatív minősítése  
"X. nem érti, amit mondok"
- KPTH a szociális akció ellentétes az elvárásával /pozitív kimenetelt várt/  
"X. félreértett"
- KNTH a szociális akció ellentétes az elvárásával /negatív kimenetelt várt/  
"X. mégsem értett félre"
- BPT az interperszonális helyzethez kapcsolódó "én"-nel kapcsolatos belső reakció pozitív minősége  
"képes vagyok elmondani, amit gondolok"
- BNT az interperszonális helyzethez kapcsolódó "én"-nel kapcsolatos belső reakció negatív minősége  
"képtelen vagyok elmondani"
- BPTH a belső reakció ellentétes az önmagával szemben támasztott elvárással /pozitív kimenetelt várt/



"nem sikerült mégsem elmondani azt, amit akartam"

BNTH a belső reakció ellentétes az önmagával szemben támasztott elvárással /negatív kimenetelt várt/

"mégis sikerült elmondani, amit akarok"

#### A formalizálással kapcsolatos nehézségek

Az első lépésben a szociális szituációt megjelenítő helyzetet kell kiemelni a verbális anyagból, amely tartalmazza a helyzet "adatait" és az értékelő-minősítő nyelvi fordulatokat. A szociális akciókép megjelenítése során a személy arra törekszik, hogy a helyzetet definiálja, leírja, érthetővé tegye és ezért a helyzettel kapcsolatos objektív tényeket közölnie kell. Ennek alapján érthetővé válik, hogy kik vettek részt az interakcióban, milyen formában zajlott le az interakció /dialógus, tevékenység, viszonyulási mód leírása, stb./. Ezen túl az általunk kialakított formalizálási szempontok alapján meghatározhatjuk, hogy az adott helyzetben a személyt milyen külső pozitív vagy negatív megerősítés érte, ill. ennek következményeképpen milyen jellegű önmegerősítő és ön-destruktív reakciók zajlottak le a személyben. A szövegrészt így jelentés-egységekre bontottuk, olyan egységekre, amely a fent leírt szempontoknak megfelelő "elegendő" információt hordozta. Természetesen, a különböző egységek különböző mértékben hordozzák a vizsgált szempontok információmennyiségét. Pl. a "tartottam tőle" kifejezés és a "szorongtam, amikor megláttam" belső negatív tapasztalatot /affektív szinten/ fejeznek ki, az utóbbi mégis erősebb averziót jelöl.

Érdekes lenne még a szóhasználat, nyelvi szerkezetek, kifejezések, stb. részletesebb vizsgálata, ezt a lingvisztikai objektivizálást a jelen vizsgálatban nem vehettük figyelembe, a verbális anyagot kizárólag a jelentéstartalma /hermeneutikai kritériumoknak megfelelően/ alapján végeztük el. Természetesen lehetőség kínálkozott a lingvisztikai szempontok figyelembevételére és tipizálására. Pl. "X. nem értett félre" kifejezés implikálja, hogy a személy fel volt készülve arra, hogy félre fogják érteni, ez azonban mégsem következett be. Esetleg visszautasítást is várt, miután nem ez történt pozitív szociális tapasztalathoz jutott. A nyelvi szerkezet ebben az esetben kettős tagadás, amelynek az a funkciója adott esetben, hogy a negatív anticipációt közvetítse, és egyben azt is jelezze, hogy ez nem következett be. Ez a grammatikai megoldás bizonyára alkalmas a KNTH /külső negatív tapasztalat/ megfogalmazására. A jelen formalizálási kísérletben azonban ilyen és ehhez hasonló szoros kritériumrendszer nem tudtunk felállítani. Az adott szövegrészen belül továbbá nem vettük figyelembe a jelentést hordozó szövegelemek terjedelmét, az újraelőfordulást az adott szövegrészen belül, mert ez nagyon bonyolulttá tette volna az értékelést. Például:

KNT - Januártól ápriliséig X. néma volt és durva, elkeseredett, ideges, már sohasem közeledett hozzám, engem is visszautasított és nem mondta el mi a baja.

BNT - Ez alatt a három hónap alatt fokozatosan odáig zuhantam, hogy a válás és az elpusztulás lehetőségeit fon-

tolgattam, pokoli volt, hogy még sincs szüksége rám,  
nem kellek neki, nem beszél magáról, nem engedi,  
KPTH hogy segíthessek, nincs kilátás a változásra, így  
pedig nem lehet élni

/97. old./

Pl. Nekem X. előtt még soha senki sem mondta, hogy  
minden érdekli, amit mondok, és még rengeteg mást  
sem mondott vagy tett soha senki, és én azt hittem,  
KNTH hogy soha nem is kaphatok én ilyet, mert  
nem érdemlem meg, méltatlan vagyok rá,

KPTH mindig elutasítottak,

BNT és én hiába kerestem az okokat és a bűnt magamban,  
nem találtam, nem tudtam változtatni, és nem maradt  
más választásom, csak, hogy gyűlöljem magam azért,  
mert mások számára elfogadhatatlan vagyok, és aki  
senkinek se jó, senkinek se kell, az csak gyűlölet-  
re méltó

/27. old./

Pl. ...ami nagyon kiborított azon a csoporton, X.  
KNT azt mondta, "a támaszok egyszer mindig kidőlnek,  
ez természetes"

BNT Nem értem, hogy most, mikor jobban félek a csoport-  
tól, amiatt az eszeveszett viselkedés miatt kedden

BPTH miért kell odamennem és kockáztatnom, hogy nem fogom  
tudni vállalni a következményeit.

/1. old./

Pl. ...X.-ben volt valami rendkívüli, amivel "meg-



- KNTH      érezte" a dolgokat, és gyakran semmit sem kellett csinálni, egy szót sem beszélni, csak odaülni mellé a földre és ölébe hajtani a fejemet, fogni a kezét, vagy csak felnézni és éreztem, hogy mindent ért, amit elmondani nem is tudnék, vagy fél-szavakból is mindent tud.
- KPTH      Talán azért volt tényleg olyan iszonyu, amikor én nem tudtam elmondani, mi a bajom, és ő véletlenül mégsem értette, én pedig "megvadultam" és haragudtunk egymásra, vagy csak sirtunk és vigasztaltuk egymást, de valamiért mégsem tudtam elmondani, vagy nem értette és ezeket nem tudom elfelejteni, mindig előjön, ha hasonló helyzetbe kerülök.
- BPTH      /31. old./
- KPTH      Pl. ...tényleg olyan hihetetlen, hogy én valóban nem a sértődés miatt, hanem mert értem miért gondolta azt, amit mondott és nem magyarázta meg és sohasem lehet lehetőségem arra, hogy el tudjam mondani amit érzek, mert nem kíváncsi rá, és nem akarja hallani, sem megérteni, sem elhinni, és ezért kilátástalan és reménytelen minden, ezért kell, hogy ott, előtte megpróbáljak érzés és gondolat nélküli báb lenni, mert ezt várja tőlem, és én azt akarom, hogy örüljön
- BNT      de nagyon félek, hogy nem sikerül, és ha sikerül, akkor pedig attól, hogy mégsem ez a megoldás, és erre is azt mondja, hogy játék, és nem magyaráz-

za meg, én nem mondhatom el neki, hogy miért,  
és minden olyan állati zavaros  
BPTH és könnyű azt támadni, akiről tudjuk, hogy nem  
védekezhet, mert kiszolgáltatott és nem mene-  
külhet, mert béna, és nem tud, és azt sem tud-  
ja miért  
Ne haragudjon rám, nem tudok gondolkodni, mert  
nagy sötét kuszaság és egy zakatoló gép van a  
fejemben és nagyon félek, és nem akarom, hogy  
miattam másoknak rossz legyen és akaratlanul  
és észrevétlenül is megbetegítsek csoporttago-  
kat, és ha legközelebb nem jön el, én leszek  
az oka  
KNT és utálni fognak még jobban, mint eddig, és  
megérdemlem.

#### Az eredmények értékelése

A napló anyagából kiemeltük a szociális helyzeteket meg-  
jelenítő szövegrészeket, tehát a szociális akcióképeket. A  
helyzetekben implikált szociális tapasztalatokat a korábban  
leirt nyolc jel segítségével kódoltuk két alkalommal. A két  
lejelölés közt hat hónap telt el és az így kapott gyakori-  
ságok átlagaival dolgoztunk tovább. Összesen 438 jelet hasz-  
náltunk. A két időpontban történő lejelölésre azért volt  
szükség, hogy a szubjektív megítélés bizonytalanságaiból a-  
dódó hibákat redukáljuk, és a validitást biztosítsuk /1.  
táblázat/.

A 2. ábra a szociális tapasztalatok tendenciáit mutatja. Látható, hogy lényegesen nagyobb százalékos arányban - majdnem kétszer olyan gyakran - használtunk negatív, mint pozitív szociális tapasztalatot feltüntető jelölést /negatív: 227 = 63%; pozitív: 162 = 37%/. Ez a szociális térben a negatív információ-feldolgozás tulsúlyát jelenti, amely konzisztens más szerzők megállapításával, amennyiben a depresszióval összefüggő "negatív kognitív set" a depresszió információ-feldolgozásának a jellegzetessége.

Az adott gyakorisági eloszlásban a BNT /belső negatív tapasztalat/ a legmagasabb érték. Ez lényegesen eltér ellentétpárjától, a BPT /belső pozitív tapasztalat/ értékétől, ami viszont a legalacsonyabb /BNT/BPT=88/27/.

A BNT dominanciája két jelenséget implikál: a./ a személy interperszonális helyzetekben nagyon gyakran fogalmazza meg az "én"-re vonatkozó következtetéseket, vagyis jobban függ a külső körülményektől, helyzetektől. Ráhangolódik környezetére, mert önértékelése jobban ki van szolgáltatva a külső körülményeknek. A külső szociális akció tehát a beteg esetében nagyobb valószínűséggel provokál belső értékelő-minősítő reakciót.

Ezzel kapcsolatban felvetődik a kérdés, hogy egyáltalán mikor mélyedünk el az értelmezésben, mikor válik ez szükségessé? A gondolkodás egyik funkciója a kétségek eloszlatása, tehát amikor kétségek gyötörnek gyakrabban tesszük fel azt a kérdést, hogy miért, mint mikor minden simán megy. Valójában a tudatosság akkor merülhet fel, amikor a rutin reakciók ku-



darcot vallanak. Ez implikálja, hogy a kudarc értelmezése a felnőttek körében artikuláltabb, mint a siker magyarázata /Wong, 1981/.

b./ A BNT magas értéke nemcsak azt jelenti, hogy a személy nagyobb valószínűséggel von le saját személyével kapcsolatos következtetéseket, hanem azt is mutatja, hogy ezek a következtetések az "én"-re nézve negatívak. Tehát az automatikus gondolatokban megfogalmazódik az "én" alulmaradása, értéktelensége, gátlásai, képességeinek, fizikai-emocionális közérzetének hiányai, szociális inkompetenciája, stb. Könnyű belátni ennek egyéb következményeit, amely affektív, ill. viselkedéses deficitben jelentkezik. A személy kognitív tudattartalmaival összhangban lehangoltnak, feszültnek érezheti magát, viselkedése pedig passzív, tehetetlen lesz. Kognitív szinten akadályozott a viselkedéses terv kialakítása, beleértve a nyelvi viselkedést is. /Pl. "csak ültem megzavarodva", "szólni sem bírtam", "belémfagyott a szó"./

A tehetetlenség az önszabályozás képességének aktuális felfüggesztését jelenti, vagyis a személy nem ura gondolatainak, érzéseinek, magatartásának, és mindezt úgy éli meg, hogy a környezetét nem tudja szabályozni.

Valójában az események és az együttváltozás képessége közt szűnik meg átmenetileg az összefüggés. Feltehetően a tehetetlenség generalizálódik olyan helyzetekre is, ahol a szabályozás könnyűszerrel érvényesíthető lenne. Az adott beteg a negatív szociális tapasztalatot implikáló helyzetek szövegrészeit elemezve az esetek 25 %-ában, vagyis 1/4 ré-

szében jutott olyan gondolati következtetésre, amely a tehetetlenség állapotát kimerítően definiálja.

Értelmezésre szorul még a negatív oldalon a KNTH /külső negatív tapasztalat hiánya/ mint második legnagyobb érték. A beteg tehát nemcsak akkor jut negatív szociális tapasztalathoz, ha a környezete reális, vagy a személy által kiolvasott információi ezt igazolják, hanem akkor is, ha pozitív szociális gesztust vár el ott, ahol ez nem lenne indokolt. Csalódik elvárásai meggyűlölése miatt. A nem reális elvárások a szociális térben valószínűleg összefüggésben vannak az önértékelési krizissel, amely sem a belső igények, késztetések, sem a külső események realitásnak megfelelő értékelését nem teszi lehetővé. A jelenség nem általánosítható, és nehezen hozható kapcsolatban azzal a ténnyel, hogy a depressziós személy az elkövetkezendő eseményektől nem vár semmi jót, általában reménytelen, rezignált. H. Peck /in: Bang: A segítő kapcsolat, 1980/. az emocionális kudarcok következményeit a következő dinamika szerint látja: feltételezi, hogy a gyerekek van egy olyan előfeltevése, hogy a felnőtt ismeri az ő emocionális szükségleteit, és ki tudja elégíteni azokat. A kielégítetlenséget "ellenséges aktusként" éli meg a gyerekek /KNTH/, amely ellenséges impulzusokat vált ki benne a felnőttel szemben. Az elfogadás hiánya és a megélt ellenséges érzések az önelfogadás hiányához és önvádláshoz vezetnek.

A 2. ábrán látható továbbá, hogy a KNT/KPT közel azonos gyakorisággal szerepel, azaz a beteg környezetében nem sok-

kal több helyzetet minősített kellemetlennek, mint kellemesnek. Vagyis a szociális stimulusok minőségeit közel azonos mértékben élte meg pozitívnak és negatívnak, azonban az információk transzformációja vezethetett el oda, hogy a belső reakciók arányeltolódást mutatnak. az averzív belső emocionális-motivációs és kognitív reprezentáció irányába.

A következő elemzés a szociális tapasztalatok eloszlását folyamatában vizsgálja /3. ábra/. Az egyenletes eloszlást biztosító legépelt verbális anyagban a szociális tapasztalatok gyakoriságát 10 oldalas bontásban elemeztük. Látható, hogy az egyes szociális tapasztalatok gyakoriságai az idő előrehaladtával csökkenést mutatnak.

Az adatok statisztikai próbáját a mérési pontokhoz illesztett regressziós egyenessel, valamint az adatok korrelációs együtthatóinak a meghatározásával végeztük el /Horn, 1984/.

A regressziós és korrelációs vizsgálat eredménye azt mutatja, hogy az idő függvényében a negatív szociális tapasztalatok redukciójában szabályszerűség mutatkozik /4. ábra/. A négy tényező közül legmeredekebben a BNT csökken, ugyanakkor a KNT és a KPTH ennél laposabb csökkenést mutat /4a. és 4b. ábra/

Ettől kissé eltér a BPTH, amelynek meredeksége mérsékeltebb, de még ez is szignifikáns /4d. ábra/.

A pozitív oldal paramétereitől csak a BNTH mutat enyhén szignifikáns csökkenést /4h. ábra/. A többi három paraméter változásában fluktuáció észlelhető szignifikáns össze-



függés nélkül /4e,f,g. ábra/.

A folyamatábra statisztikai összefüggései mutatják, hogy a beteg esetében az interperszonális helyzetek információ-feldolgozás módjának elemzése adekvát paraméter a kognitív változások kimutatására.

A negatív kognitív minta szerinti élményfeldolgozás a terápia előrehaladtával párhuzamosan csökkent, ezzel szemben a pozitív élményfeldolgozás nem változott lényegesen. Feltehető, hogy a változás összefüggésben van a depresszió oldódásával és a terápiás hatékonysággal, erre vonatkozólag azonban konkrét vizsgálat nem történt. Lehet, hogy a kellemtelen szociális tapasztalatok nem ritkultak, viszont gyengébb a ráhangolódás a szociális eseményekre, azaz a beteg a környezet eseményeiben nem feltétlenül keresi önmaga megerősítését. A negatív oldalon a BNT /belső negatív tapasztalat/ meredek csökkenése - úgy tűnik - a javulás kulcskérdése. A rossz fizikai-affektív közérzetet tükröző állapotregisztrálás megszűnése, az önértékelési válság enyhülése, a passzív viselkedés helyett a belső indítékok intenzívebb átélése, a belső destruktív indítékok átélésének csökkenése együttesen képezik részét a BNT redukciójának.

Utoljára, értelmezésre szorul a pozitív oldal, amely fluktuációt mutat, de szabályszerűséget nem követ. Ez szintén megerősíti azt a tényt, hogy a kognitív változások első sorban a negatív információ-feldolgozás változásával hozható összefüggésbe.

Azok a kutatók, akik a kognitív vulnerabilitás stresszha-

tásu életeseményekkel való összefüggését vizsgálják, feltételezik, hogy ezek ismeretében bejósolható, hogy egy személy milyen körülmények közt reagál depresszióval. Feltételezik, hogy legalább két típusu depresszió különíthető el a kognitív séma információ-feldolgozása szempontjából:

/Arieti, 1980, Beck, 1982, Blatt és mts. 1976, 1982/

a./ dependens típus /szociotrop/

b./ önkritikus típus /autonom/

Az előbbi különösen érzékeny az interperszonális kapcsolatok negatív történéseit illetően, náluk a primer orientáció a másokkal való intim és szoros kapcsolat kiépítése. Ebből adódik, hogy én-képüket különösen veszélyezteti, ha visszautasítást, szakítást, tárgyvesztést, mellőzést, anti-pátiát, stb. észlelnek. Ezzel szemben az önkritikus típus önértékelése inkább teljesítményük függvénye. Önértékelésüket, önbecsülésüket tehát az veszélyezteti, ha teljesítmény tartományban kudarc éri őket, ill. céljuk elérése során akadályokba ütköznek. Idős korban a munkateljesítmény hanyatlása, nyugdíjazás, betegség közvetlen előzménye a depresszió kialakulásának.

Hammen és mts. /1985/ vizsgálták a dependens, ill. önkritikus sémakozisztens depresszív reakciók megoszlását egyetemi hallgatók szubklinikus depressziós populációjában. Az eredmények azt mutatják, hogy szorosabb összefüggés van az interperszonális események és a depresszív reakciók közt, amely a "dependens" séma szerepét hangsúlyozza a depresszi-

ós állapot kialakulása során. A kognitív funkcióknak tehát van egy olyan tartománya, amely a depressziós tünetek velejárójaként vulnerábilisabb lesz bizonyos tapasztalatok iránt és amely a depresszió oldódásával párhuzamosan változást mutat /Hamilton 1983, Lewinsohn és mts. 1981/. Az adott séma szerinti információ-feldolgozás implikálja, hogy a séma konzisztens események kiemelt, indikátor szerepet játszanak az önértékelés fenntartásában. Például, a dependencia sémával jellemezhető személyek számára az interperszonális történések sokkal gyakrabban ki vannak téve értékelő-minősítő folyamatnak. Ha ezek kellemesek, akkor pozitív komfortérzéssel járnak, ha kellemetlenek, akkor a személy visszautasítottnak, tehetetlennek érzi magát.

Összefoglalva; az információ-feldolgozás vizsgálatára formalizálási szempontokat dolgoztunk ki, amellyel a jutalom, ill. a büntetés értékű szociális tapasztalatok rendszerét követhettük egy terápiás időszakon belül. A kód-rendszer nem téma, hanem jelentésfüggő és a külső szociális tapasztalatok minősítésén túl az "én"-re vonatkozó reakciókat is regisztrálja. Továbbá, alkalmas arra, hogy a preformált elvárásoktól való eltérést is jelezze. A jelölési rendszer abban az esetben használható, ha a személy a szociális eseménnyel kapcsolatosan részletes hatáselemzést nyújt, tehát felszínre tudja hozni ezzel kapcsolatos gondolattartalmait.

A statisztikai változások a kognitív vulnerabilitás tényét erősítik meg a negatív interperszonális eseményekkel



kapcsolatban. A depressziós állapot oldódásával a negatív szociális hatások iránti fogékonyság csökken, az önértékelés stabilizálódik, ugyanakkor a pozitív szociális tapasztalatok észlelésének változásaiban szabályosság nem mutatható ki.

b./ Az interperszonális helyzetek tartalmi elemzése

A naplóban leírt interperszonális helyzetek tartalmi elemzését is elvégeztük úgy, hogy a szociális akciókép egy vagy ennél több "cimet" kapott. A cím sűriti azt a jelentést, amit a szociális helyzet hordoz a személy számára. A cím tehát kifejezheti a társas helyzetek értékelésében működő séma-szempon-  
pontokat. /2. Tábl./

Következtetések:

Az értelmezés során a 10 feletti gyakoriságokat vettük figyelembe /5. ábra/.

A pozitív szociális tapasztalatok területén a "megértés" jelölést adtuk annak a szituációnak, amelyben a beteg megfogalmazza azt az élményét, hogy környezetében lévő személy érzéseire ráhangolódik, gondolataival azonosulni tud. A "segítségnyújtás" percepciója ennél tágabb, a személy tényleges segítségként értékeli a környezetében lévő személyek közreműködését /összesen: 41 eset/.

A negatív szociális tapasztalatok területén a "tehetetlenség" észlelése az interperszonális helyzetben végső soron a viselkedési indítékok legátlódását eredményezi, amelyhez gondolati beszűkülés és feszültség társul. A jelen vizsgálatban ezt a jelölést legtöbbször csak más jelölésekkel ki-

egészítéseként adtuk. Például a támadás, vagy a meg-nem értés észlelésének gyakran volt olyan következménye, hogy a beteg tehetetlennek is érezte magát az adott helyzetben. A "támadás" percipiálása a személyes szférát érintő tulajdonságok szélsőségesen negatív minősítését jelenti a környezet részéről, szankciók kilátásba helyezését és megbélyegzést. A "félreértés" a kommunikációban támadt zavar észlelése, amely lényegében azon alapszik, hogy mások az elvárások és az előfeltevések a környezet részéről, és ezért a helyzetértelmezés során nem alakulhat ki konszenzus. A "meg-nem értés" ugyanennek kifejezettebb formája, amikor a divergencia már olyan szembetűnő, hogy a közös vélemény kialakítása reménytelen. Az "elutasítás" az aktuális szociális helyzetből való kizárást, téri vagy idői korlátozást jelent a szociális érintkezésben, amelyet a személy környezet részéről percipiál. A "tárgyvesztés" fontos kapcsolat megszakítását, megszakadását vagy váratlan elvesztését jelenti.

/Összesen: 118 eset/

A 10 ill. 10 feletti gyakoriságok a negatív szociális tapasztalatok területén lényegesen gyakrabban fordulnak elő. Ezen belül kiemelkedő a tehetetlenségi reakció megfogalmazása, az akcióképtelenség tudatos átélése. Figyelemre méltó, hogy a személy gyakran éli meg a kommunikációs zavart /félreértés, meg-nem értés/, ill. pozitív tapasztalatként ennek ellentétét a "megértés" észlelését környezete részéről.

A jelen vizsgálatban a 10 alatti gyakoriságok jelölését csak felsoroljuk a táblázatban, ezek definiálására, ill. elemzésére nem térünk ki.

c./ Szignifikáns személyek az interperszonális szituációkban

A naplóban leírt interperszonális helyzet szereplőit azonosítottuk és feltüntettük a velük kapcsolatos szociális tapasztalat gyakoriságait. Előfordult, hogy egy helyzetnek nem egy, hanem kettő vagy három szereplője is volt, ilyen esetben a szociális tapasztalatokat mindegyik személynél bejelöltük. /479 kód-gyakoriság szerepel/ /3. táblázat/.

A táblázatból látható, hogy a szociális tapasztalatok a beteg aktuális életterében jelen lévő személyek köré szerveződik, akikhez olyanok is tartoznak, akik elsősorban szociális szerepeiken keresztül kerültek kapcsolatba a beteggel /pl. egészségügyi dolgozóé/.

Kapcsolódnak ehhez természetesen a régmúlt társas kapcsolatok kellemes és kellemetlen tapasztalatai is, azonban mégis a jelen eseményei vannak előtérben. Ennek a ténynek tulajdonítható, hogy pl. a nagymama személye nem emelkedik ki, bár a primer interperszonális élmények vele kapcsolatosak.

Elemzés céljából azokat a személyeket emeltük ki, akiknél szociális tapasztalat gyakorisága legalább egy dimenzióban 10, vagy 10 felett volt. A kiemelt gyakoriságokat az 6. ábrán tüntettük fel. Látható, hogy a terápiás időszakban a



terapeuta személyéhez kapcsolódó tapasztalatok voltak a legjelentősebbek a beteg számára.

A terapeutával folytatott interakció a pozitív visszajelzések olyan rendszerét biztosította, amely az önértékelést kedvező irányba mozdította elő. Rogersi értelemben a beteg a pozitív elfogadó légkörben megfogalmazta pozitív érzéseit, képességeit és késztetéseit, amely az önefogadást lehetővé tette /KPT, KNTH, BPT, BNTH/.

A terapeutával kapcsolatos negatív szociális tapasztalatok is gyakoriak. Előfordult a terapeuta részéről is olyan megnyilvánulás, amely el-nem fogadást, kritikát közvetített, és ilyen értelemben a beteg reálisan értelmezte a negatív tartalmu visszajelzést. Továbbá a KNT/KPTH viszonyából látni lehet, hogy a beteg igen gyakran várt pozitív megerősítést, amely elmaradt és csalódott elvárásai meggyúsulása miatt.

Összefoglalóan mégis elmondható, hogy a terapeutával szerzett pozitív szociális tapasztalatok tulsulya értékelhető a terápiás hatékonyság egyik összetevőjeként.

Érdekes összefüggést mutat a férjével szerzett szociális tapasztalatok rendszere /6. ábra/. Ugy érezte, hogy az ő részéről gyakran érik támadások, sérelmek, és ritkábban talál nála elfogadásra, megértésre. A férjével kapcsolatos, ill. a tőle kiinduló negatív belső tapasztalatai is kiemelt helyen vannak ebben az összefüggésben. Kérdés, hogy ha az adott pattern ebben a fontos kapcsolatban nem változik, ak-

kor nem jelent-e ez veszélyeztető faktort a későbbiek során? Megfigyelhető volt, hogy a férj viselkedése feleségével szemben változott a terápiás időszak alatt azzal párhuzamosan, hogy látta annak javulását. A korábbi ironikus kritika, amely a férj kommunikációs stílusának jellemzője volt, megváltozott a gyakoribb elfogadást, empátiát implikáló válaszok irányába. Ugyanakkor a beteg gondolkodásmódjában is változás történt úgy, hogy a férj elfogadhatatlan akcióit más oldalról minősítette /Pl. ha elégedetlenségét fejezte ki, akkor a feleség ebben munkájának fontosságát látta/. A szemléletváltozás eredményét pozitív belső tapasztalatként élte meg.

Értelmezésre szorul még, a csoportterápiás tapasztalatok vonulata /6. ábra/. A csoport jelentős szerepet játszott életének abban az időszakában, amikor az előző kezelés részeként csoportterápiás foglalkozáson is részt vett és ezzel egy darabig nem tudott szakítani. Itt a terapeuta részéről gyakran tapasztalt el-nem fogadást, visszautasítást, mellőzést, viszont a csoporttagoktól gyakran kapott megerősítő visszajelzéseket. Érdekes, hogy ebben a terápiás miliőben is kiemelkedik a külső pozitív megerősítés elmaradása, mint negatív élmény. Valószínű, hogy a csoport tagjaiban vett bizalma és fokozott elvárásai motiválták abban, hogy még egy ideig részt vett a csoportterápiás foglalkozásokon attól függetlenül, hogy a terapeutának tudomása volt róla, hogy máshová jár egyéni pszichoterápiára és jelenlétét a

csoporton nem tartotta indokoltnak.

Összefoglalva:

1. A terapeuta személye az adott terápiás időszakban kiemelt jelentőségű és mint referencia személy szerepel a szociális visszajelzések értelmezésében.

2. Döntő a terapeuta részéről az elfogadó viszonyulás, a pozitív visszajelzések biztosítása, amely a beteg önelfogadását alapvetően módosítja.

d./ Negatív konnotációju szavak előfordulása /indikátor szavak/

Az elemzés következő szempontja a negatív konnotációju szavak előfordulásának gyakoriságát vizsgálja az írott anyag szövegében. /5+6/

Arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a negatív szociális tapasztalatok csökkenésével vajon a negatív konnotációju szavak gyakorisága is csökkenő tendenciát mutatnak-e?

A szavak kiválasztásának szempontjai: negatív értékelést, kellemetlen érzelmi-indulati állapotot vagy destruktív viselkedést fejezzen ki. Az adott szó minden formája-képzett, ragozott, jellel ellátott- a vizsgálati anyaghoz tartozott. A felsorolásban elsősorban az igei, majd a melléknévi és a főnévi változatot közöljük. A gyakoriságokat a 6. Táblázat mutatja. Az ötödik és tizedik oldalon előforduló gyakoriságokat összevontuk és ezt ábrázoltuk grafikonon a 7. ábrán.

A 7. ábrán látható az indikátor szavak gyakorisági értékeinek a folyamatos csökkenése az idő előrehaladtával. Az



interperszonális helyzetek leírása és a szóhasználat között tehát összefüggés van, egyenlő eloszlás esetén bizonyos szavak előfordulásának gyakoriságai a kognitív tartalmak és változások regisztrálásának adekvát és objektív eszköze lehet.

e./ Az öninterpretáció vizsgálata

Az interpretáció és öninterpretáció minden terápiás folyamatnak többé-kevésbé része, még akkor is, ha a terápiás technika kifejezetten kerüli azt, mint módszert /behavior, humanisztikus/.

A pszichoanalízis módszere feltételezi az igényes interpretációt, amely a tudattalanba szorult anyag újra felidézésével és emocionális átélésével lehetőséget biztosít a terapeuta és a beteg számára, hogy a realitás tükrében újra megvizsgálja és újra értelmezze az elfelejtett, de energiavonzata révén továbbműködő élményanyagot. A pszichoanalízisben történő értelmezések mindig nagyon áttételesek, mert eredeti élményanyag közvetlenül nem, hanem csak több lépcsős asszociációláncon át közvetett uton ismerhető meg. Az értelmezésben fontosak a szimbólumok, álmok, elszólások, tévcselekedetek, mert ezek jelentik a kiindulást ahhoz az uthoz, amely végülis elvezet az eredeti élményanyaghoz, amely a realitás tükrében megvizsgálva új megvilágításba kerülhet az indulatáttételes helyzetben. Nem kis szerepet kap így a terapeuta-beteg viszony értelmezése, mert a beteg fontos személyekkel kapcsolatos érzelmi reakcióit reprodu-

kálja ebben a szülő kapcsolatot modelláló terápiás helyzetben. A terepeuta realitás érzéket és emocionális el-nem kötelezettségét helyezi szembe a kliens szubjektív élményvilágával és segít a betegnek az újraértelmezés folyamatában és abban, hogy a beteg az élményt önmaga számára is érthetővé és elfogadhatóvá tegye.

Azok a pszichoterápiás irányzatok, amelyek elősegítik a beteg számára a személyes élményvilágba való elmélyülést és involválódást, az önértelmezések számára is alapot biztosítanak /pl. humanisztikus pszichoterápiák/. A felszínre került élményanyag már önmagában értelmet kap azáltal, hogy a beteg érzéseit verbális formába önti, amely az önértelmezés első lépcsője. A többirányú megközelítéssel és a továbbmunkálással a beteg általános érvényű konzekvenciákat fogalmazhat meg, amely a jövőben a hasonló tapasztalatok értelmezése során szerepet kap. Ha a terápiás légkör elfogadó, melegséget, megértést közvetít, és a terepeuta személyes reakcióit is visszajelzi, akkor a kleins ellenállását leküzdve egyre több anyagot tár fel. Minél több teret enged belső személyes átélései számára, annál nagyobb valószínűséggel jut olyan helyzetbe, hogy szinte váratlanul új összefüggések tárulnak fel, régebbi gondolati sémák változnak meg, kiegészülnek a régebbi értelmezések, stb. A terepeuta indirekt módszerrel segíti a klienst abban, hogy új felismeréseit kimunkálja és kipróbálja.

Más direkt technikák, ahol elsősorban a gondolkodási mód befolyásolása és a viselkedés módosítása a cél - nem hasz-

nálják az értelmezést terápiás módszerként. Azok a terápiák, amelyek a beteg kognitív torzításait befolyásolják, a kliens aktív közreműködésével keresik a helyes értelmezést, kevésbé építenek az egyéni élményhierarchiából eredő konkrét helyzetértelmezésre, inkább az egyéni élményanyagot közelítik a közgondolkodásban elfogadott reális-rationális magyarázathoz. A terapeuta számít a kliens tudatosságára, belátására, változtatni akarására, de nem tárja fel az élményanyag eredeti érzelmi gyökereit. A terápiás helyzet kedvez a belátáson alapuló meggyőzésnek, hiszen a terapeuta mint munkatársat kezeli a beteget a kogníciók megismerésében és a realitás vizsgálatában. A terápia épít a pszichológiai jelenségek magyarázatában járatos szakember fölényhelyzetére és a kliens tekintélyt akceptáló befolyásolhatóságára. A terapeuta tehát direkt módszerrel általánosan elfogadott helyzetértelmezéseket állít szembe a szubjektíven torzított egyéni értelmezésekkel.

Az önértelmezések igen egyszerű jelenségek felismerését és fogalmi keretbe való illesztését és bonyolult elvont szintű jelenségmagyarázatot is jelenthet. A terápiás folyamat lényegében azt a célt is szolgálja, hogy a meg nem fogalmazódott benyomások, affektusokat vagy az elfelejtett emocionálisan terhelt élményeket újra "jellel" lássa el, ill. ez a belső reprezentáció /vizuális, verbális/ segítségével kifejezhető legyen a környezet számára.

Ebből a szempontból érdekes az a hipotetikus neurofizi-



ológiás modell, amelynek alapján az elfojtás mechanizmusát, ill. ennek feloldása magyarázható. Hernandez Peon és mts. /1963/ egy hisztériás konverziós esetet vizsgáltak. Az EEG alapján arra következtettek, hogy a kortexből eredő idegimpulzusok gátolják a központi idegrendszer felé haladó idegingerületeket és ennek tulajdonították a konverziós tünetek megjelenését.

Más tanulmányok /Galin és mts. 1977/ ezzel összefüggésben arra keresték a választ, hogy az emóciók miért maradnak elérhetetlennek a tudat számára? A tanulmányok szerint a konverziós tünetek sokkal nagyobb valószínűséggel fordulnak elő a bal testfélben, mint a jobban. Általában a baloldali testi funkciókat a jobb hemiszférium kontrollálja, következésképpen a konverziós tünetek összefügghetnek a jobb félteke működésével. Azoknál a betegeknél, akiknél a két féltekét sebészi úton szétválasztották, kimutatható volt, hogy a jobboldali hemiszférium önállóan is képes generálni emóciókat, és sokkal kifejezettebb ez a működése, mint a bal féltekéé. Bizonyított az is, hogy a jobb félteke a corpus callosum neurális összeköttetéseitől is függ. Ezzel szemben a bal félteke verbális kapacitása révén fontos, amely szerepet játszik az érzelmek megnevezésében, leírásában, értelmezésében. A konverziós zavarok esetén az történhet, hogy a bal hemiszférium gátló impulzusai akadályozzák a fájdalmas emocionális ingerek tudatosulását. A pszichoterápiás folyamat során ellentétes folyamat játszódhat le. Hazai és más kutatási eredmények is igazozják

a jobb félteke aktivitásfokozódását hipnózis vagy más relaxációs helyzet alatt.

Ennek értelmében minden érzelmi állapot verbalizációja önértelmezés. A jelen vizsgálatban önértelmezésnek tekintettük a konkrét élménytől elvonatkoztatott általános szinten megfogalmazódott gondolatokat, amelyek tudatosak, viszonylag tartósak, és a külső benyomások értelmezésében szerepet játszanak.

A naplóban tíz oldalanként meghatároztuk a sorok összegét, amelyek ebben az értelemben öninterpretációt tartalmaznak.

A 7. táblázat és a 8. ábrán látható, hogy az önértelmezések sorokban kifejezett terjedelme a terápiás folyamat előrehaladásával fokozatosan növekszik, jelezve a kognitív sémák kialakulásának és módosulásának a folyamatát.

#### Példák az önértelmezésre

Pl. ...valószínűleg abba az egész életem során visszatérő hibába estem, hogy képtelen vagyok felfogni, hogy egyszer minden végetér, mindennek van egy bizonyos ideje, hogy előbb utóbb minden elmúlik és ettől az élet megy tovább, nem szakad le az ég és nem dől össze a világ...a jövőben is el fogok veszíteni dolgokat és azt is el kell viselnem, mert majd jönnek helyette mások...

Pl. ...X. előtt nem voltam képes így felcsipegetni dolgokat magamba, mint X. mondta, nem voltam rá alkalmas, hogy magamba igyam a világot, mint a szivacs, azután tá-

rolva elrendezzem és hasznomra próbáljam fordítani. Nem szeretnék nagy szavakkal dobálózni, de úgy érzem az én esetemben nem lehet megváltozásról, átalakulásról vagy belenyugvásról, beletörődésről, a dolgok szimpla elfogadásáról beszélni, én teljesen újjászülettem, de talán még így sem igaz, a legmegfelelőbb az lenne, hogy most születtem meg tulajdonképpen, és ami azelőtt voltam, az nem én voltam, csak valami, ami a körülmények folytán létezett.

...Ahogy engem látnak az az ő számukra én vagyok. Tehát úgy viszonyulnak hozzám. És ezáltal az ember mások tükrében látja önmagát. Ezért elképzelhetetlen, hogy az ember egyedül és bezárva éljen, elzárkózzon másoktól és a világtól, mivel akkor csakis saját önnön érzelmeire támaszkodhat, és már önmagát sem fogja jól látni, eltorzul és minden egyebet tévesen fog megítélni, hiszen a dolgok nem egymástól elszigetelten vizsgálhatók, csakis a saját közegükben, nem lehet dolgokat kiragadni az egészből, és abból itélni, nem lehet az embert kiszakítani a közegből és megismerni, akit egyedül boncolnak az hulla.

... Az ember, ha bezárja magát nem lehet tisztában a saját értékeivel sem, öncélúvá válik minden, az embernek végül már cseppnyi önbizalma sincs bármit tesz, azonnal látja, talán másképpen kellett volna, ez biztosan nem jó, minden apró hibának jelentősége lesz és minden apró siker elsikkad, és egy állandó félelemben vergődik az ember és szenvednek a körülötte élők is, és egy pokol lesz az egész.



f./ A vizsgálatból levonható következtetések

1., A verbalizált anyag szóhasználatának vizsgálata - mint a mérés legobjektívebb módszere - jelzi a negatív kognitív élményfeldolgozásban mutatkozó kedvező változásokat.

2., Kiemelendő, hogy a szociális térben a negatív - büntetés értékű - szociális tapasztalatok arányának a csökkenésében szabályszerűség mutatkozik.

3., Legkifejezettebb a változás az önértékelés dimenziójában. A negatív tartalmu belső reakciók csökkenése jelzi az "én" erősödését a terápiás folyamatban.

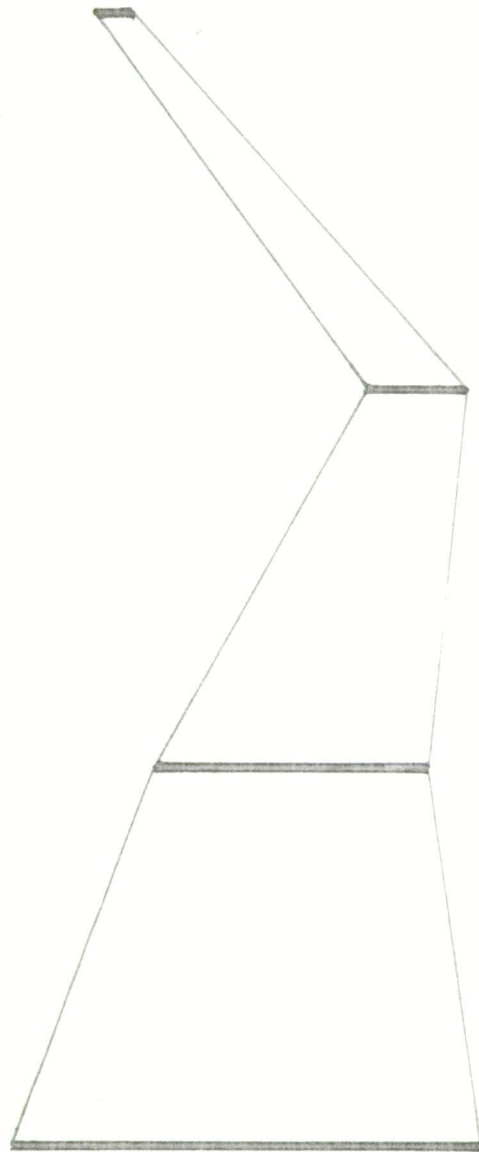
4., Kimutatható volt a terápiás kapcsolat szerepe az adott időn belül; a szociális visszajelzések preferálása a terapeuta személyéhez kötődik, amely a belső pozitív öntapasztalást erősíti.

1. ábr. A pozitív és negatív megerősítések rendszere

	pozitív stimulus	negatív
meglepte	jutalom értékű	büntetés
hiánya	büntetés értékű	jutalom

gyak.

2. ábr. A pozitív és negatív szociális tapasztalatok gyakoriságai.



BNT = 88  
BPT = 27

KPTH = 69  
KNTH = 34

BPTH = 42  
BNTH = 29

KNT = 77  
KPT = 72



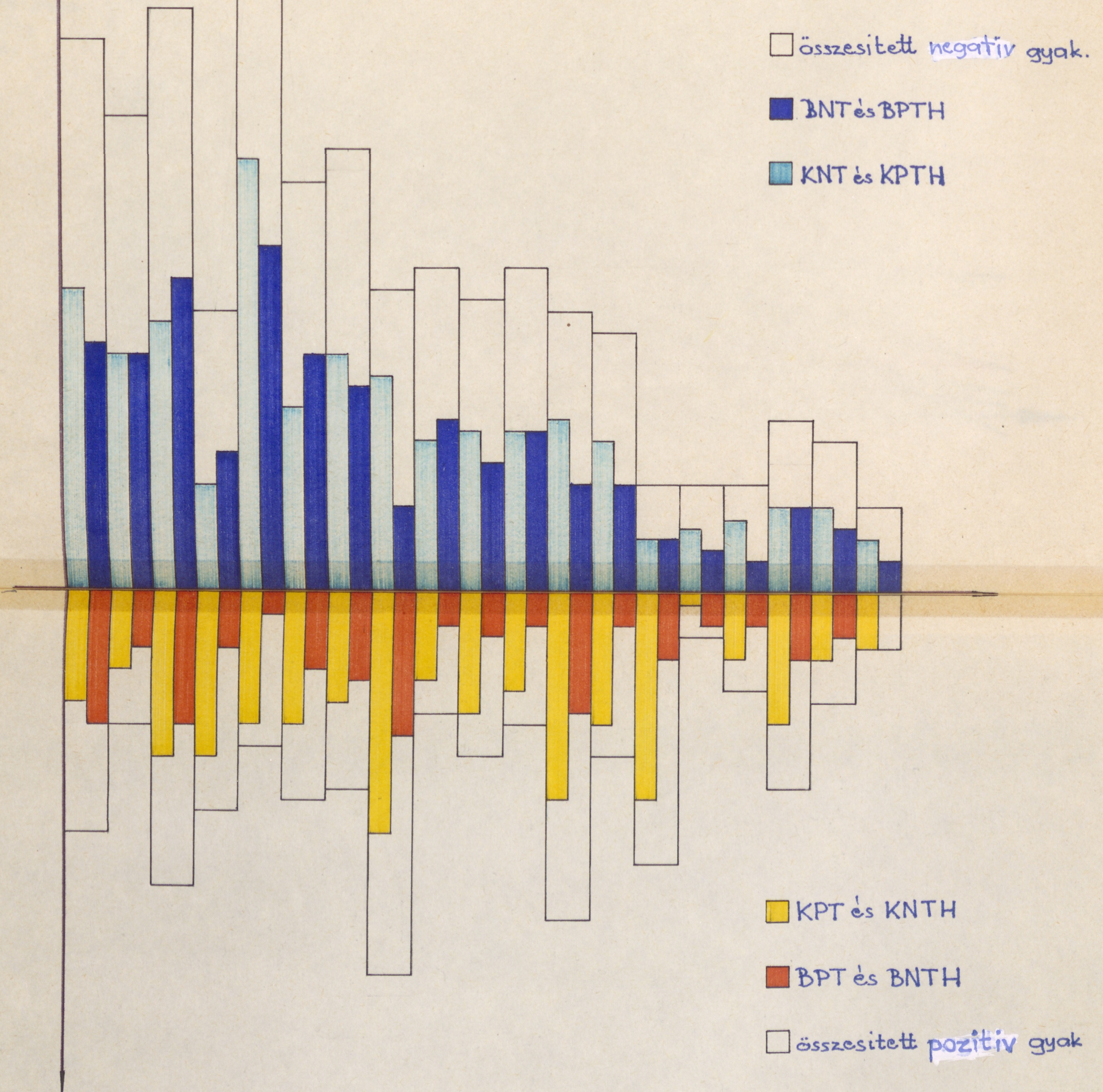
# 1. Táblázat

A "szociális tapasztalat" kód-gyakoriságai  
/a két időpontban jelölt gyak. átlagértékei alapján/

Oldal- szám	KNT	BNT	KPTH	BPTH	KPT	BPT	KNTH	BNTH
1-10	7.5	7.5	6.5	4	3	2.5	2	3.5
11-20	7.5	8.5	3.5	2.5	3	0	0.5	2.5
21-30	7.5	12.5	5	2	6.5	3.5	1	2.5
31-40	1	5.5	4	2	3	0.5	4.5	2
41-50	10	11.5	10	4.5	3	1	3	0
51-60	2	4	6.5	7	3	0	3	3.5
61-70	4.5	6.5	5.5	2	3	2	2	2
71-80	5.5	4	4.5	0	9	4.5	2	2
81-90	4	4.5	3	3.5	3	1.5	1	0
91-100	5	3.5	2.5	2.5	4	0.5	1.5	1.5
101-110	4.5	4	3	3.5	4	0	0.5	2.5
111-120	4.5	4	3	1	5.5	2.5	4	3
121-130	2	3	5	2	3	1	3	0.5
131-140	1.5	0.5	1	2	8	2	1.5	1
141-150	1	2	2	0	0	1	0.5	0.5
151-160	3	0.5	0.5	1	2.5	1.5	0.5	0
161-170	3	3	1	1	3.5	1	2.5	2
171-180	2	2	2	1	2.3	2	0.5	0
181-190	1.5	1	1	0.5	3	0	0.5	0
~77	~88	~69	~42	~72	~27	~34	~29	

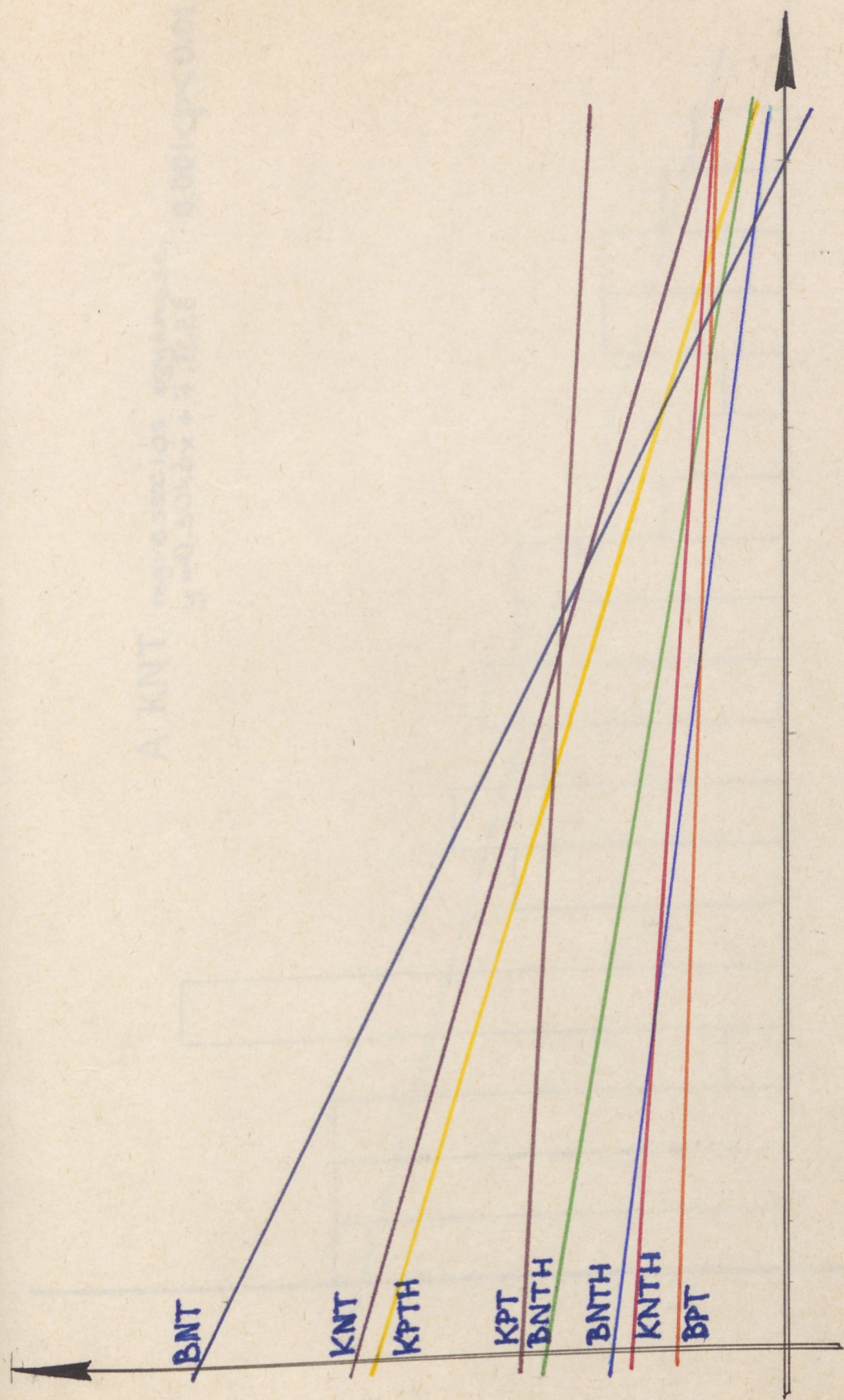


3 ábr. A szociális tapasztalatok kód-gyakoriságai  
a napló tíz oldalas bontásában.





4. ábr.  
A folyamattábra  
regressziós  
egyenesei





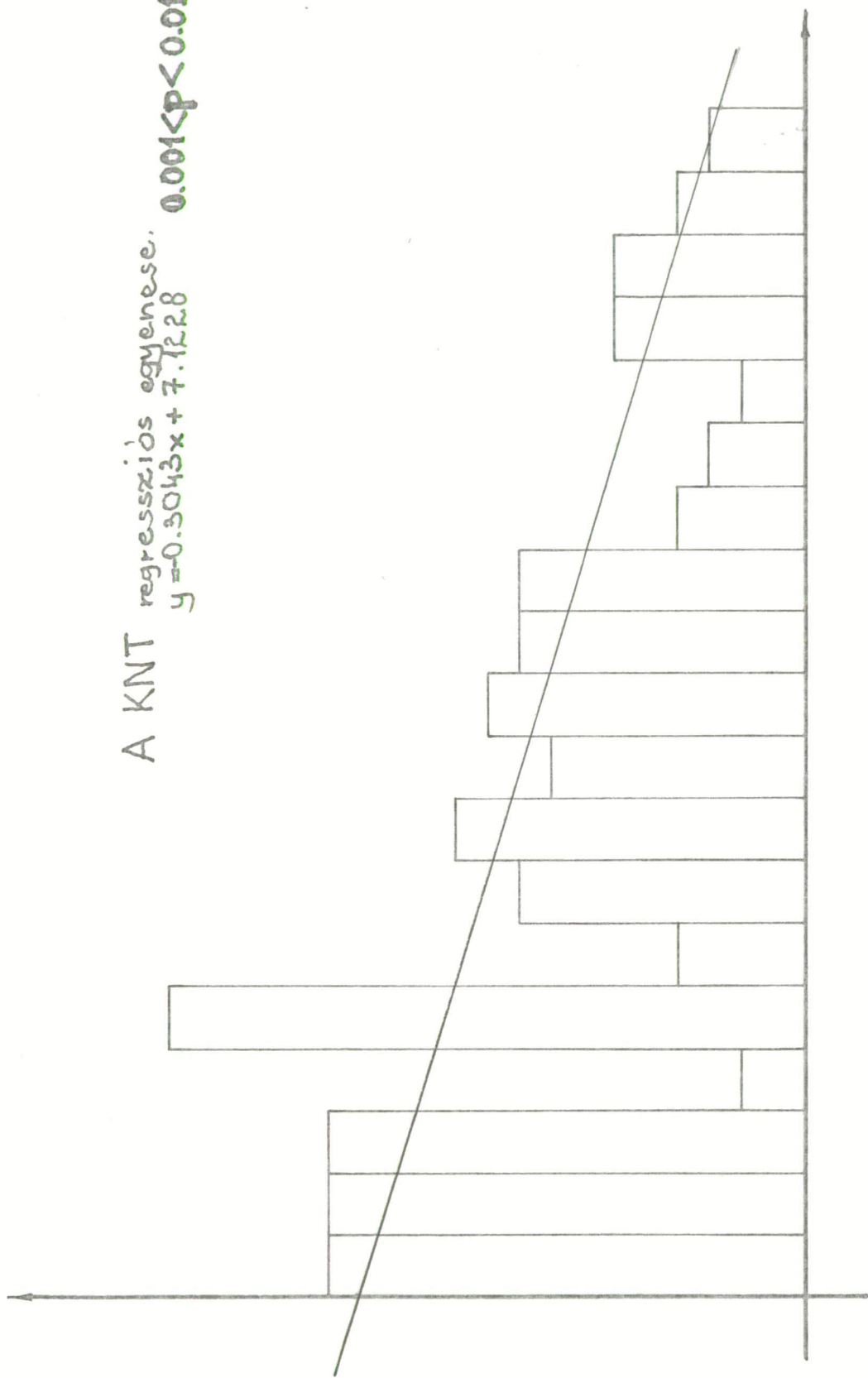
4/a. dbr.

A KNT

regressziós egyenese.

$$y = 0.3043x + 7.1228$$

$$0.001 < p < 0.01$$

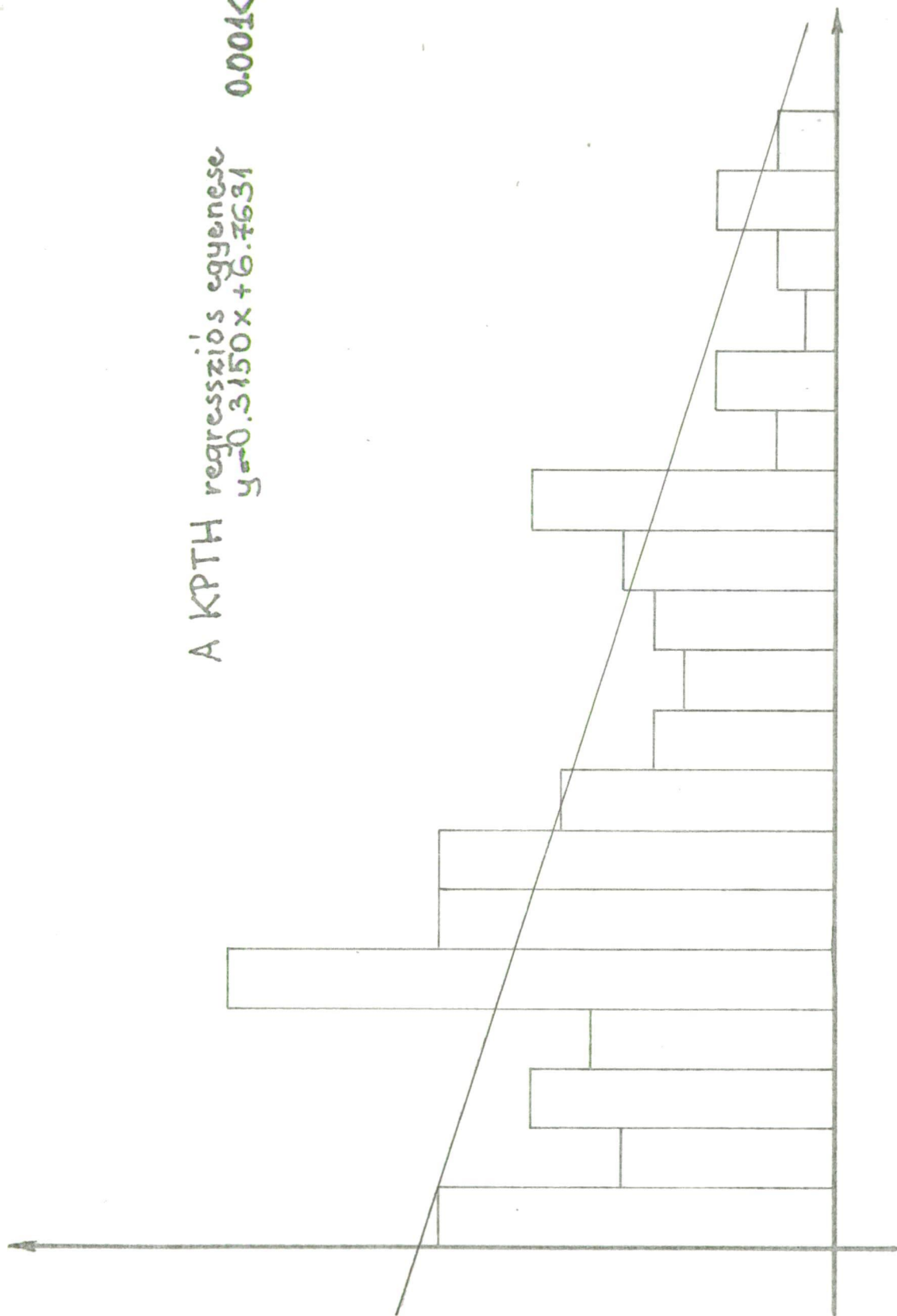


4/6 dbr.

A KPTH

regressziós egyenese  
 $y = 0.3150x + 6.7631$

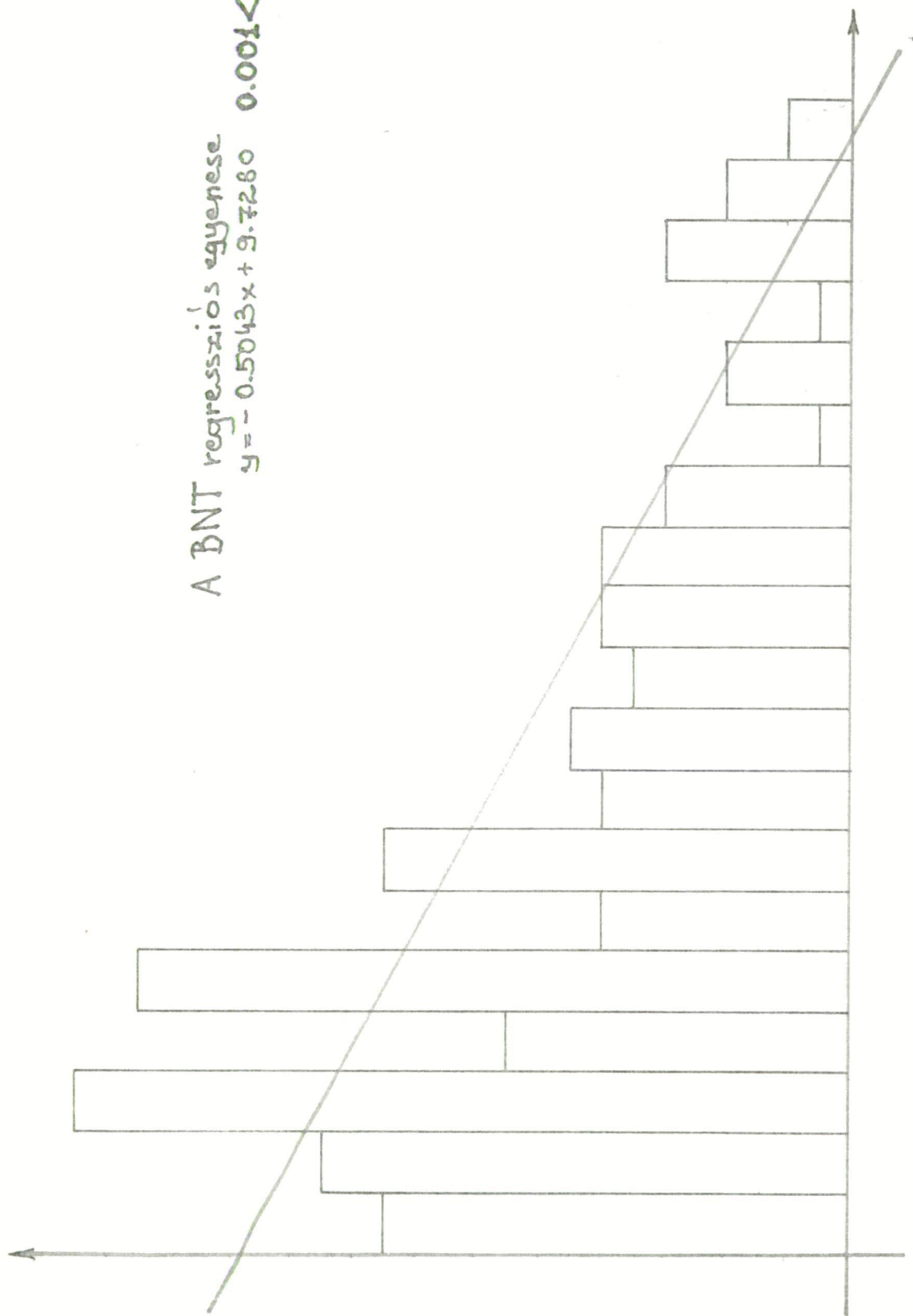
$0.001 < p < 0.01$



4/c. ábr.

A BNT regressziós egyenese

$$y = -0.5043x + 9.7280 \quad 0.001 < p < 0.01$$



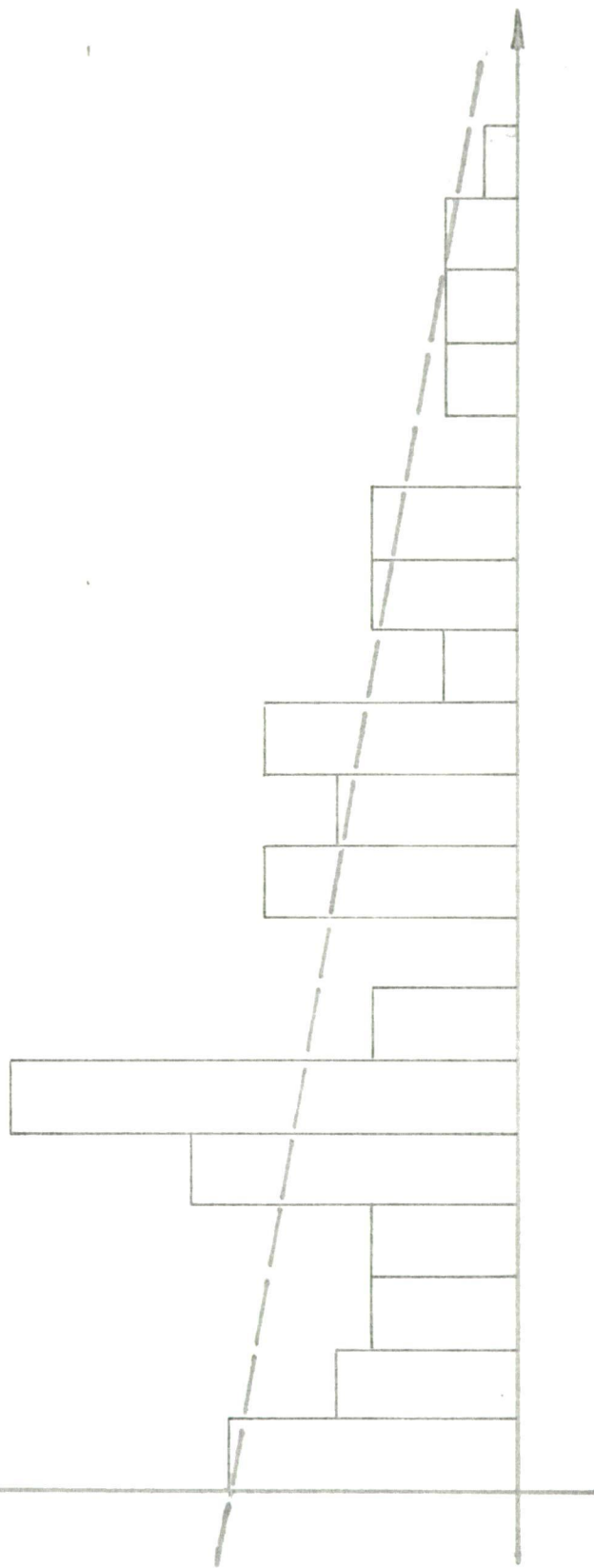


4/d dör:

A BPTH regressziós egyenese

$$y = -0.1701x + 3.9122$$

$$0.01 < p < 0.02$$

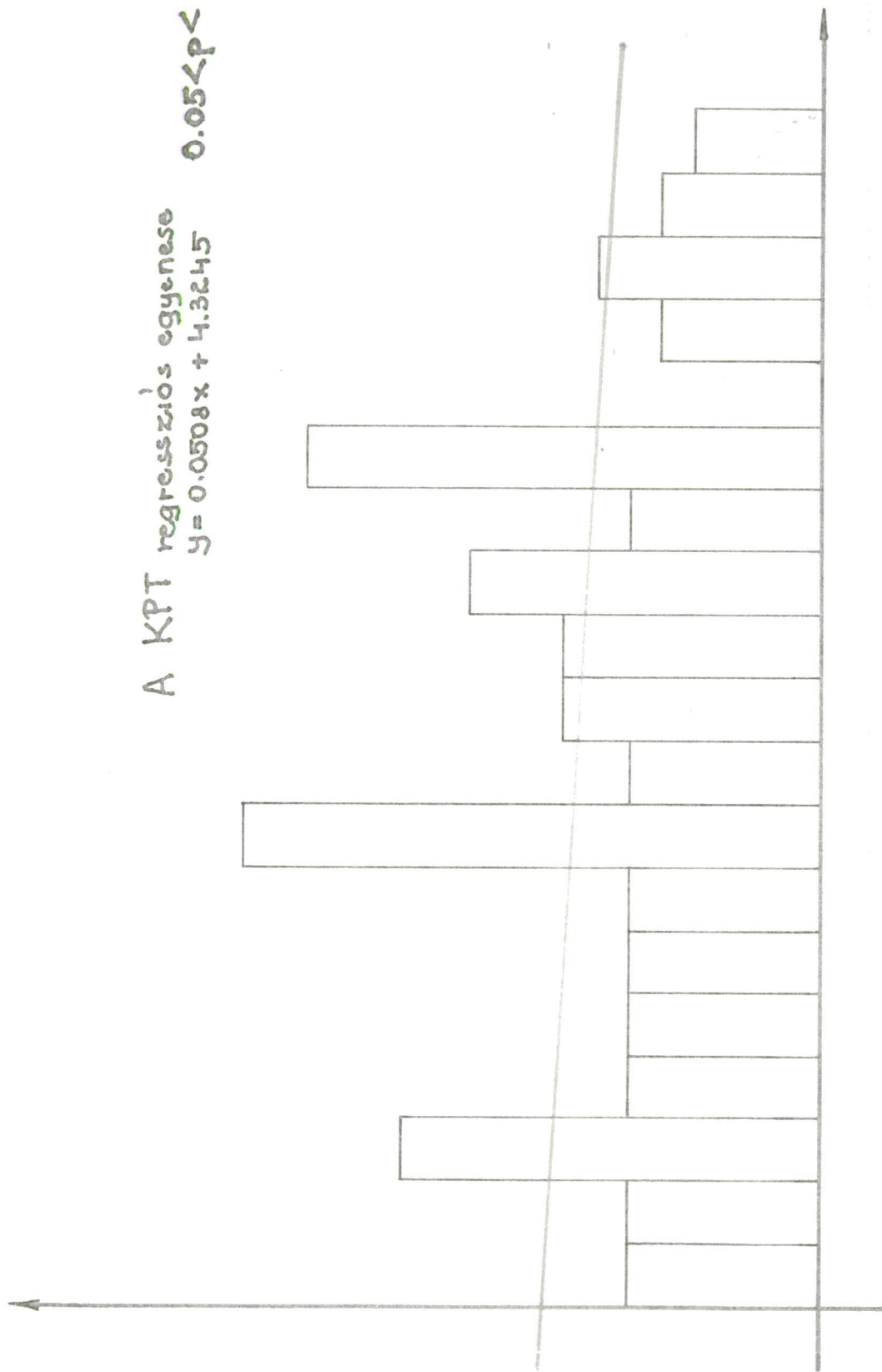


4/e ábr.

A KPT regressziós egyenese

$$y = 0.0508x + 4.3245$$

$0.05 < p < 0.5$  n.e.



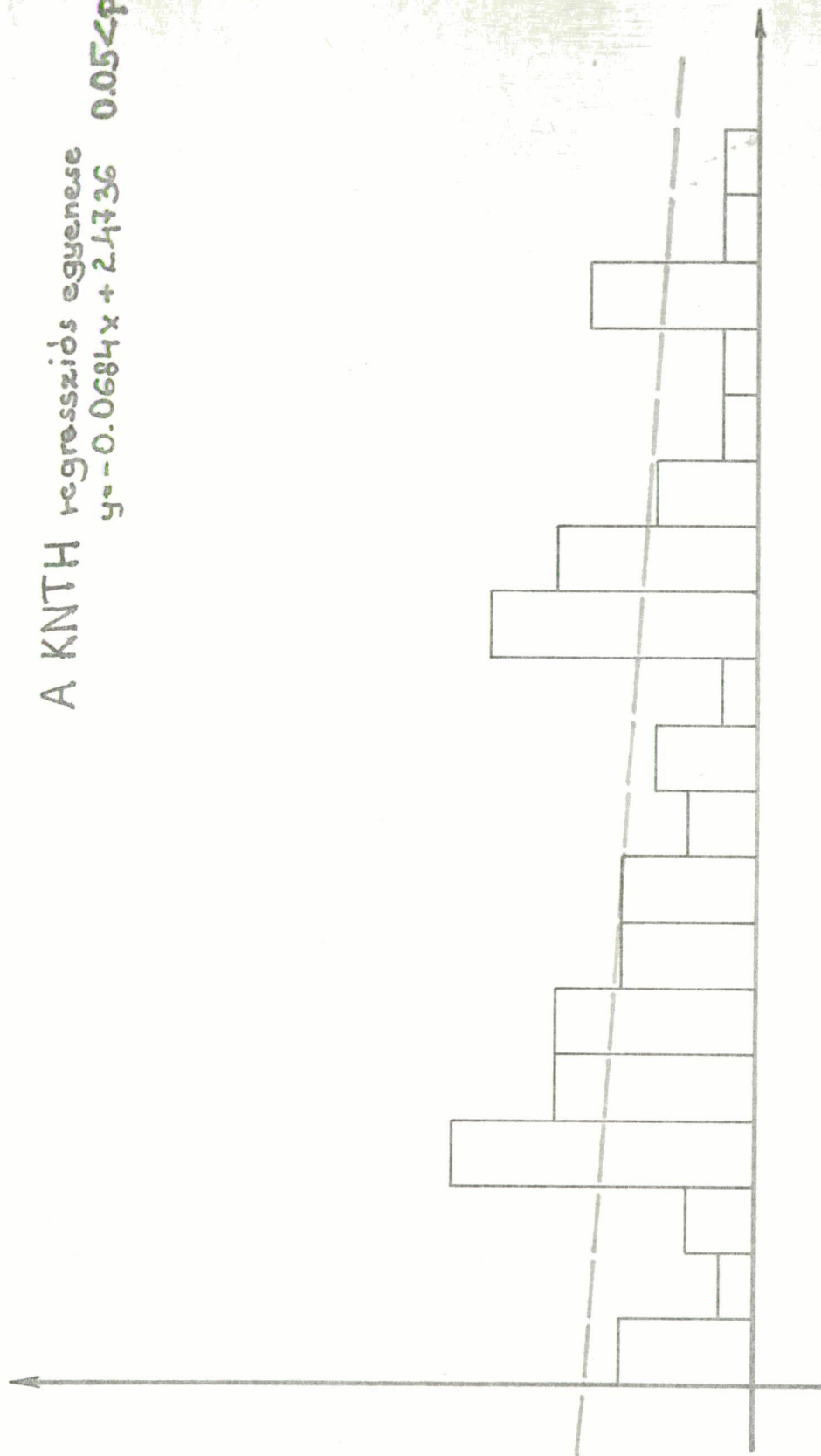
4/f. ábr.

A KNTH

regressziós egyenese

$$y = -0.0684x + 2.4736$$

$0.05 < p < 0.3$  ns.

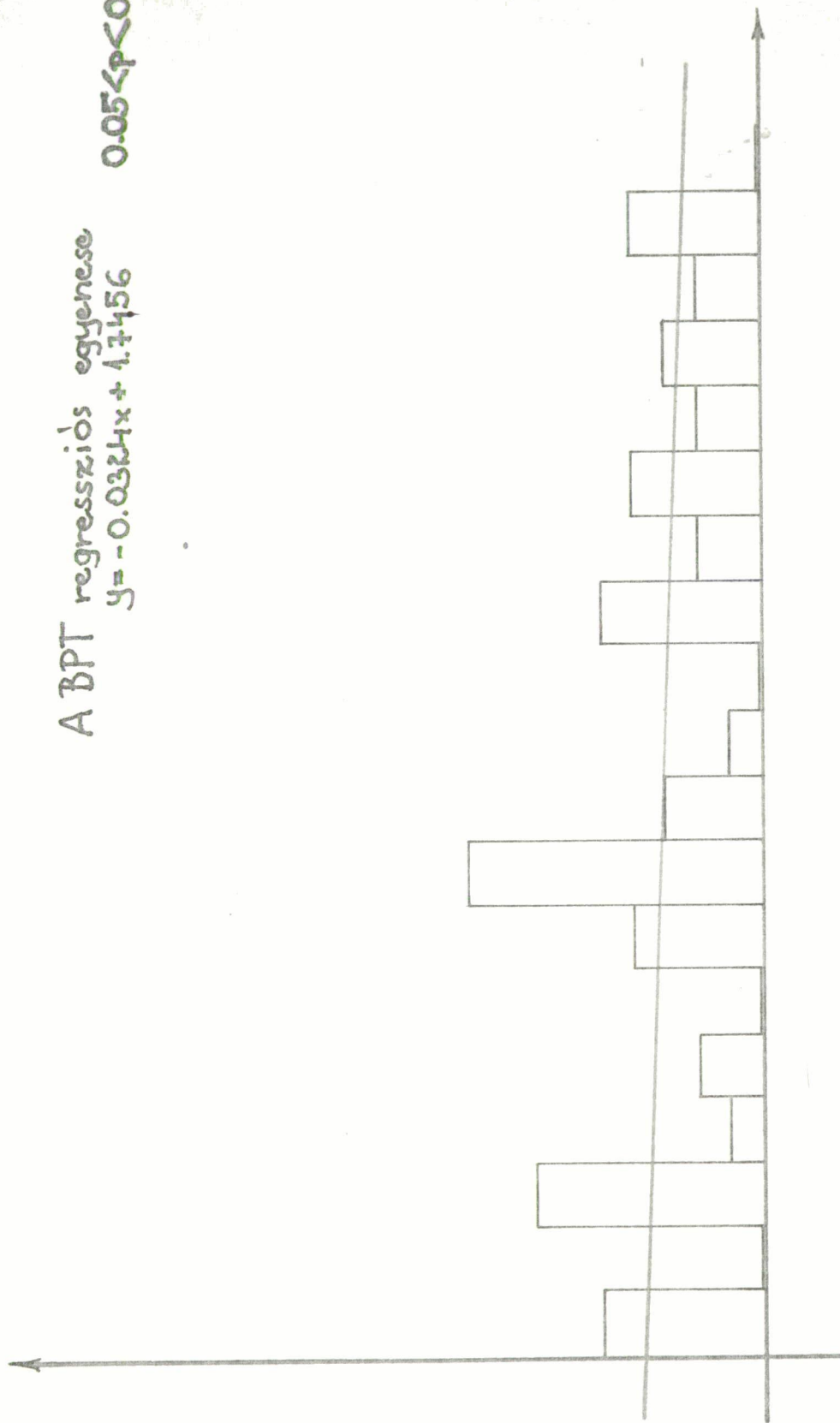




4/9 dbor

A BPT regressziós egyenese  
 $y = -0.0324x + 1.7456$

$0.05 < p < 0.5$  ns.



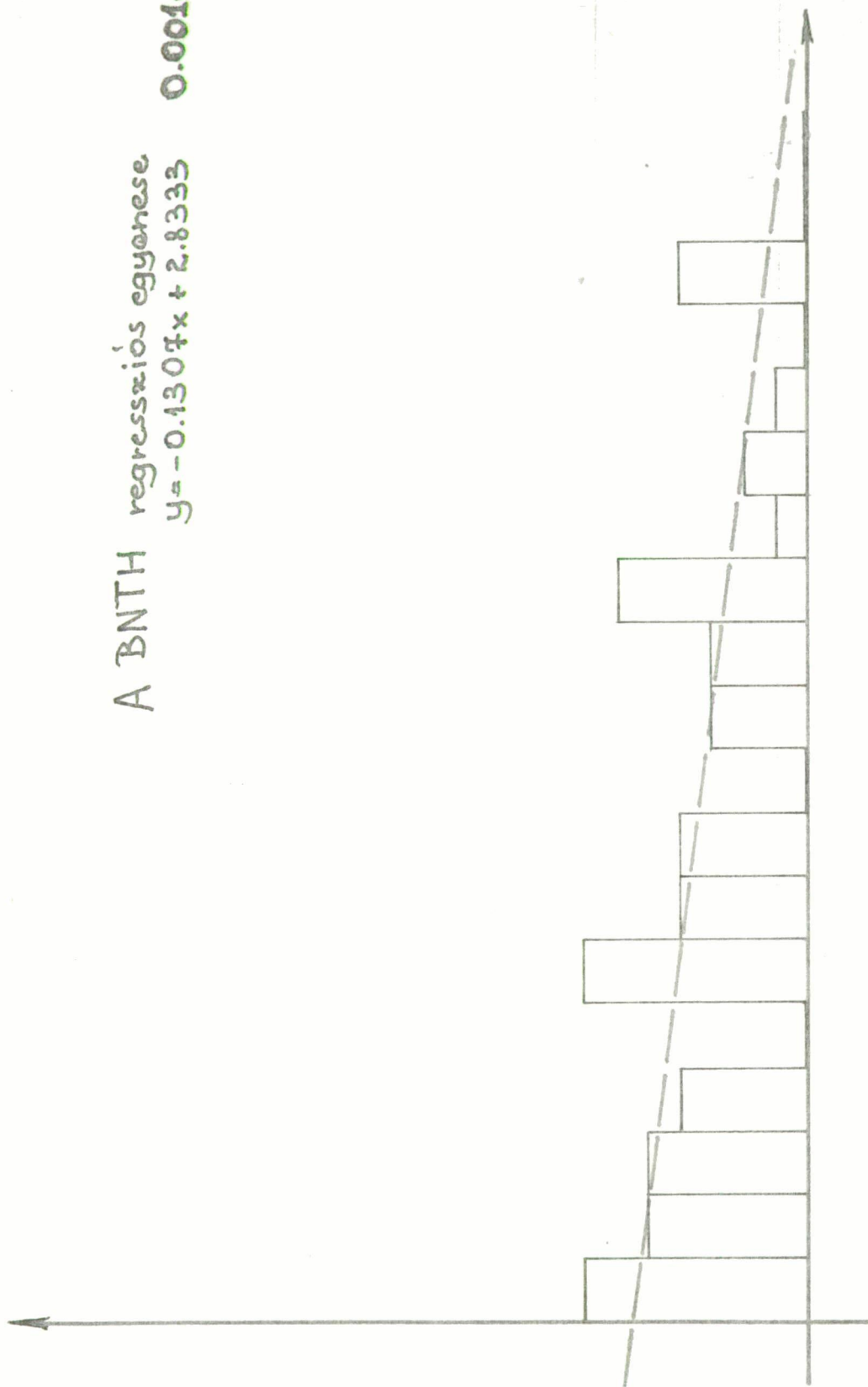
4/h ábr.

A BNTH

regressziós egyenese

$$y = -0.1307x + 2.8333$$

$$0.001 < p < 0.01$$



## 2. táblázat

### Tartalmi gyakoriságok

#### Pozitív:

megértés	24
segítségnyújtás percepciója	17
szeretet percepciója	9
komfort érzés	6
elfogadás	6
bizalom	5
kölcsönösség	5
kommunikáció	4
szimpátia percepció	3
támasz percepciója	3
kommunikációs igény	2
értelmezés	2
adekvát viselkedés társas helyzetben	2
pozitív befolyásolás	2
vigasztalás	1
megerősítés	1
dicséret	1
hála	1
öröm	1
viSSzatérés	1
elismerés	1
ragaszkodás	1

#### Negatív:

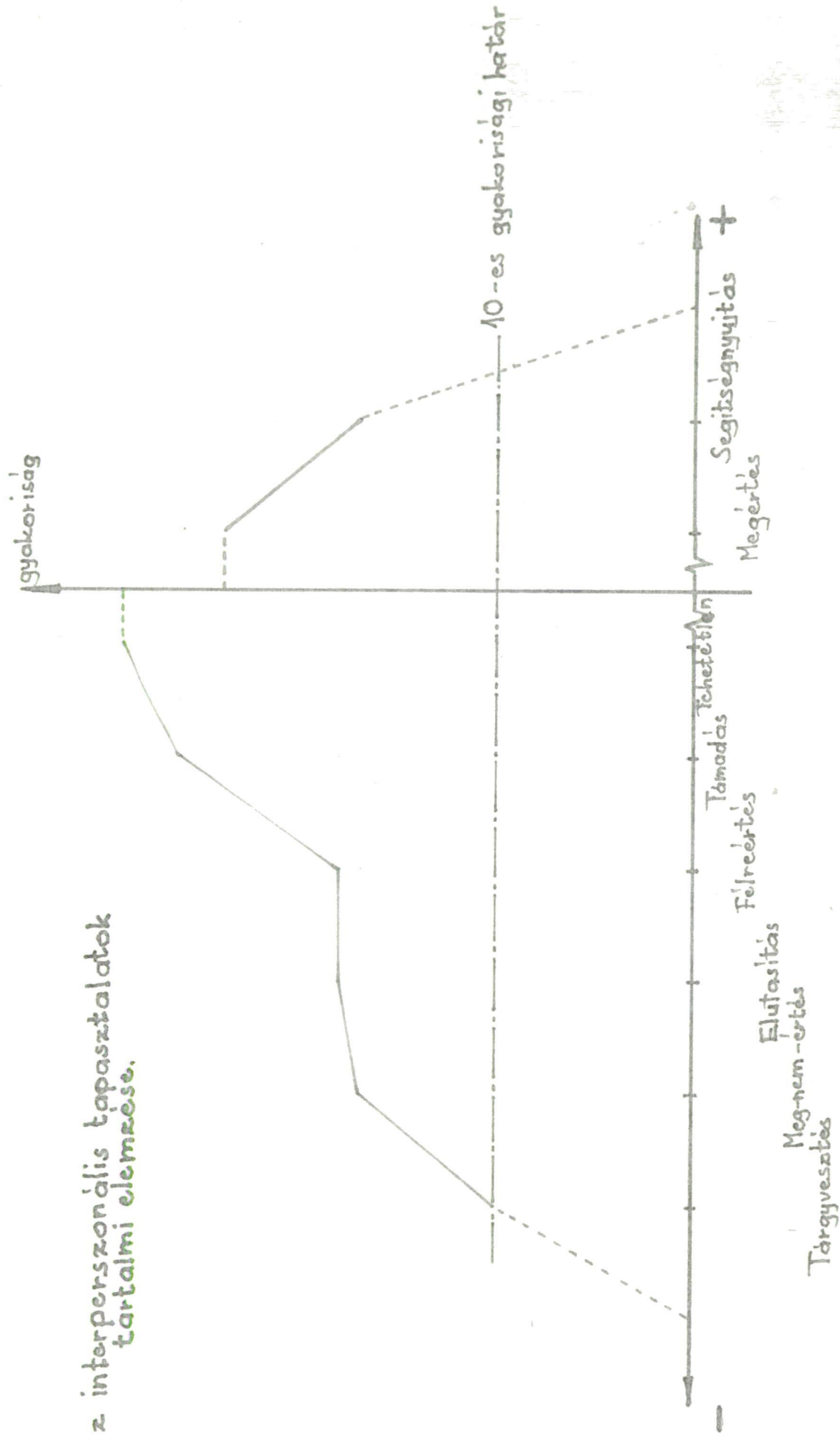
tehetetlenség	29
támadás	26
félreértés	18
meg-nem értés	17
elutasítás	18
tárgyvesztés /elhagyás, elvesztés/	10
konfliktus	6
kizárás	6
inadekvát viselkedés	5



## 2. táblázat folytatása

írónikus kommunikáció	5
hosztilitás	4
el-nem fogadás	4
bűnösség érzés	3
harag percepció	3
divergens elvárások	3
mellőzés	3
kommunikációs gátlás	3
támaszvesztés	2
kritika percepciója	2
feleslegesség érzés	2
diszkomfort érzés	2
elidegenedés	2
távolságtartás	1
elhárítás	1
inadekvát bánásmód	1
negatív minősítés	1
kinzó kommunikációs szükséglet	1
erőszak	1
bizalmatlanság	1

# S6b: Az interperszonális tapasztalatok tartalmi elemzése.



### 3. táblázat

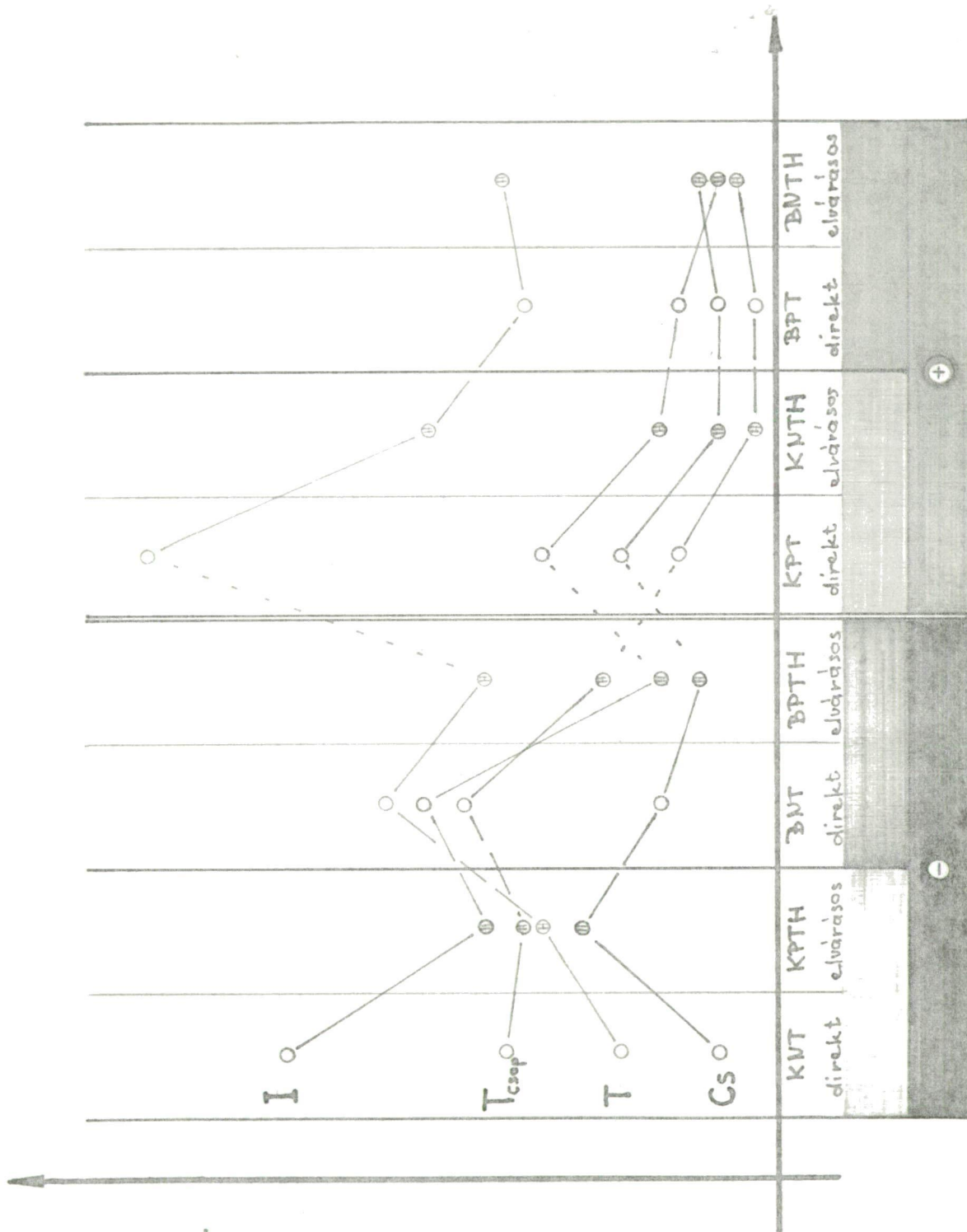
Személyek	KNT	KPTH	BNT	BPTH	KPT	KNTH	BPT	BNTH	ÖSSZESEN
T	8	12	20	15	32	18	13	14	123
Tcsop	14	13	16	9	5	1	1	2	61
I	25	15	18	6	12	6	5	3	90
N	15	13	13	5	13	4	4	2	69
Cs	3	10	6	4	8	3	3	4	41
O	8	5	8	1	5	0	1	1	29
Ea	10	5	6	3	2	1	1	0	28
M	5	6	4	1	3	1	0	0	20
A	1	1	1	0	0	0	0	0	3
L	2	0	1	0	1	0	0	0	4
B	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Összesen	91	80	94	44	82	34	28	26	479

A feltüntetett személyek:

T: terapeuta; Tcsop: csoportterapeuta; Cs: csoport; I: férj; N: nem identifikálható vagy perifériás személyek /szomszéd, barátnő, ismerős/; O: más egészségügyi dolgozó; Ea: édesanya; M: mama /nagyanya/; A: anyós; L: serdülőkorú udvarló; B: más betegtárs



6. ábr.  
Szignifikáns  
személyek.



## 5. táblázat

Indikátor szavak:

undorít	leesik	szar	reménytelen
utál	eltűnik	rohadt	bánt
elviselhetetlen	megszabadul	iszonyatos	elüldöz
hibázik	bűn	kudarc	elzavar
kilátástalan	szégyell	megszabadul	
rettenetesen	tagad	eltakarodik	
fél	kiborul	marha	
retteg	megzavarodik	un	
értelmetlen	becsavarodik	haragszik	
érthetetlen	megdöglik	szánalmas	
tehetetlen	szörnyű	gyilkos	
rossz	rágódik	szid	
gyűlöl	üres	megsértődik	
pánik	tabu	elkeseredik	
tép	fáj	eltakarodik	
szaggat	meghal	kinlódik	
dühöng	szenved	kolonc	
öl	fárad	barom	
haragszik	nyomorult	görcs	
örült	baj	nyomorult	
gonosz	kullanács	méltatlan	
kegyetlen	hülye	érdemtelen	
kinoz	megdöglik	megvet	
bánt	állat	lenéz	

6. táblázat

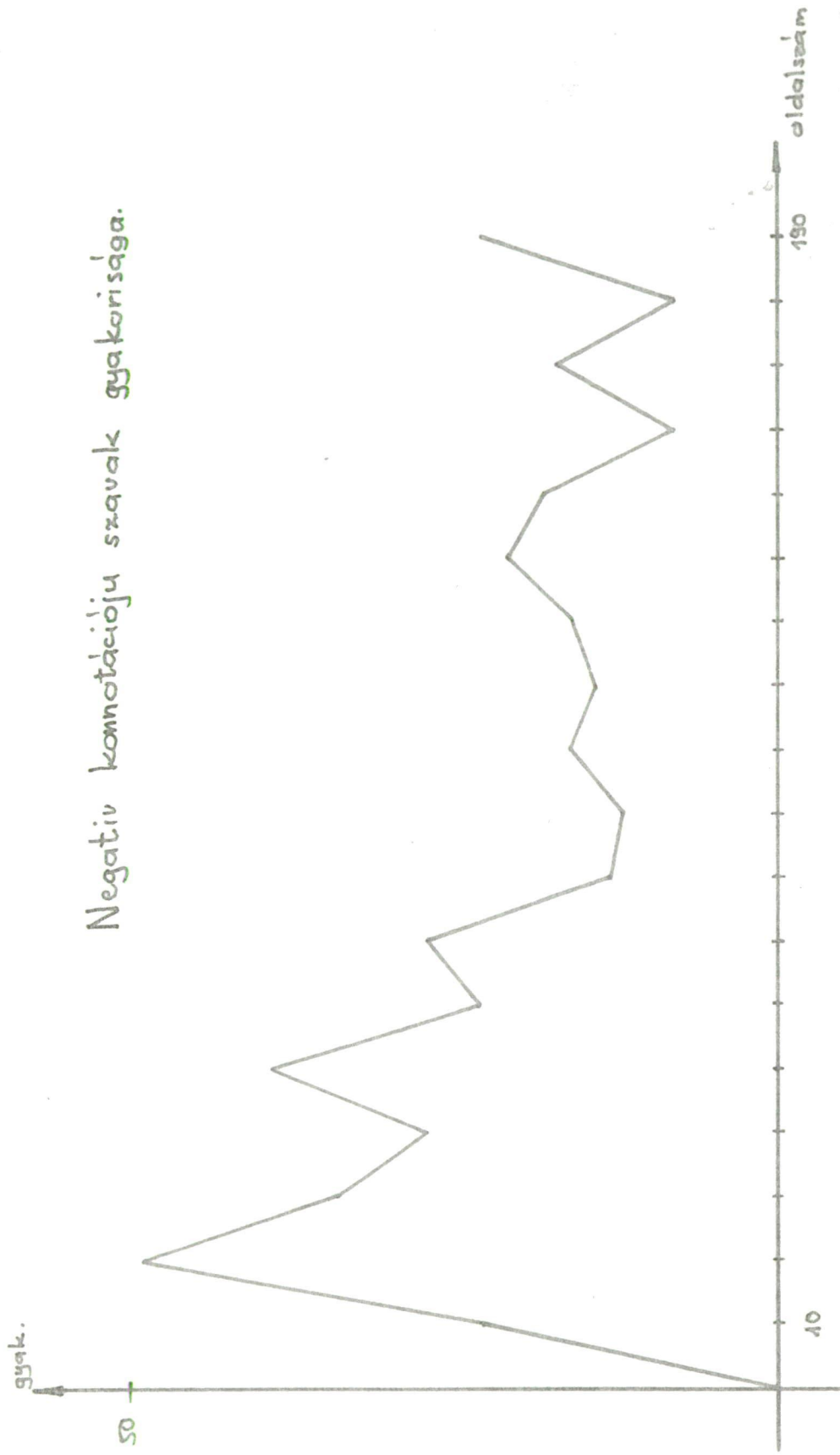
Indikátor szavak előfordulási gyakoriságai

5+10	oldalon	23
15+20	"	49
25+30	"	34
35+40	"	27
45+50	"	39
55+60	"	23
65+70	"	27
75+80	"	13
85+90	"	12
95+100	"	16
105+110	"	14
115+120	"	16
125+130	"	21
135+140	"	18
145+150	"	8
155+160	"	17
165+170	"	8
175+180	"	23



7. ábr.

Negatív konnotációjú szavak gyakorisága.

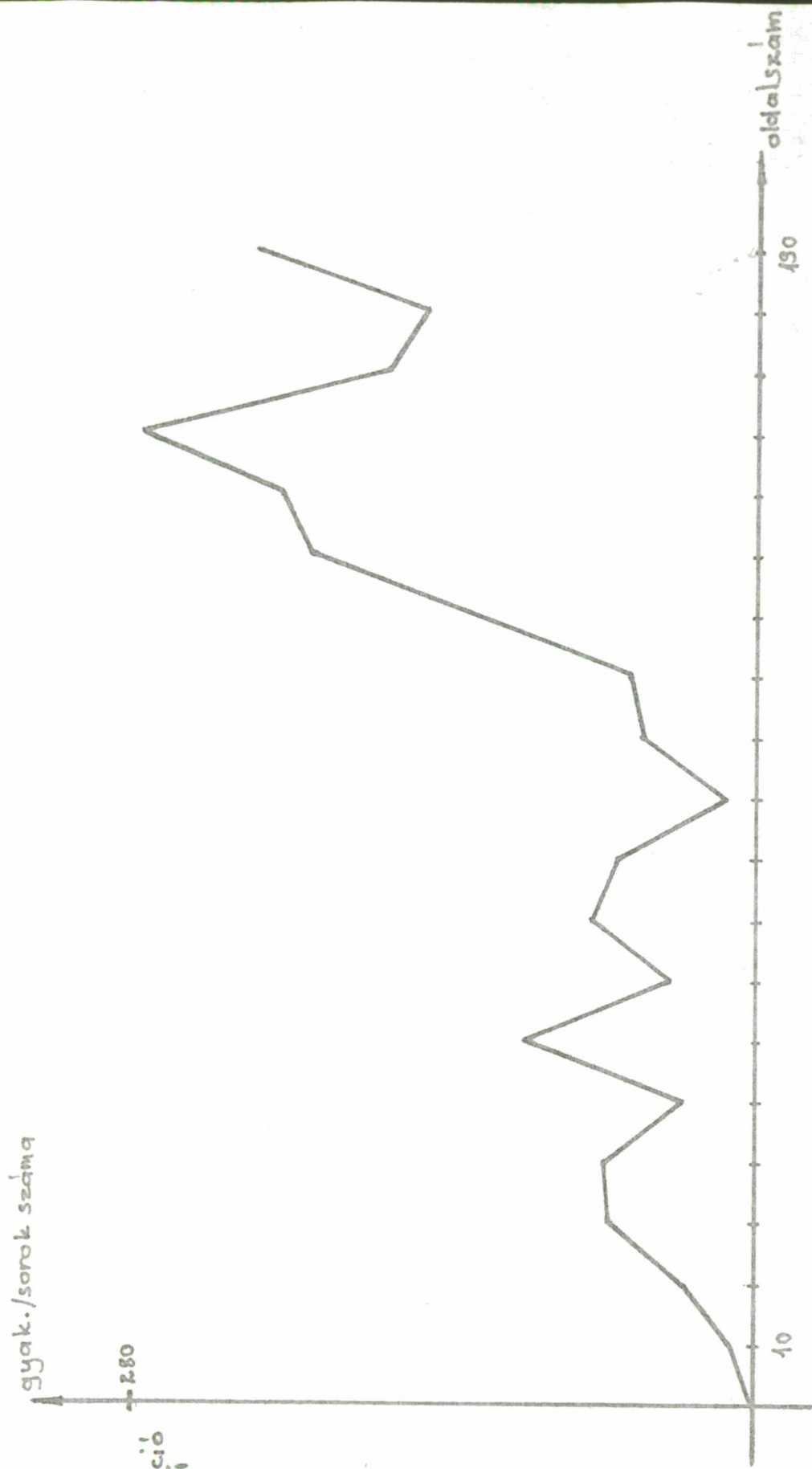


7. táblázat

Az öninterpretáció sorokban mért sűrűsége a napló tíz oldalas bontásában

1-10	9
11-20	32
21-30	66
31-40	69
41-50	33
51-60	105
61-70	39
71-80	75
81-90	66
91-100	14
101-110	51
111-120	58
121-130	128
131-140	204
141-150	217
151-160	280
161-170	168
171-180	151
181-190	228

8. ábr.  
Az öninterpretáció  
gyakorlatjai





### III. DEPRESSZIÓS BETEGEK INFORMÁCIÓFELDOLGOZÁSÁNAK VIZSGÁLATA CSALÁDON BELÜL

Az elsődleges szociális tér a depressziós beteg számára is a család. A családi interakciók hálózatában a pszichiátriai beteg sajátos helyet tölt be, amelynek vizsgálatával az utóbbi két évtizedben egyre inkább foglalkoznak. Jelen-tős eredmények születtek így a depressziós betegek családi funkcióinak vizsgálata terén is /Keitner és mts, Epstein és mts./. Továbbra sem tisztázott azonban, hogy a családi struktúra-működés változásának a beteg állapota a kiváltó-ja, vagy éppen fordítva, a patológiás családi interakció az oka a depresszió megjelenésének és fennmaradásának. Mindezek a kérdések még tisztázásra szorulnak. Regisztrál-ható és vizsgálható azonban a családi funkciókon belül az interperszonális zavarok jelenségekőre, és finom analízis adható ennek jellegzetességéről.

Vaughn és Leff /1976/ nagy anyagon végzett longitudinális felmérésükben ki tudták mutatni a közvetlen összefüggést a családi miliő és a schizofreniás betegek visszaesési ará-nya közt. Ugyancsak ők különbséget találtak a schizofreniás és depressziós betegek különböző kommunikációs stílusra a-dott válaszreakcióik közt. Bouras és mts. /1986/ beszámol arról, hogy a depressziónak a családra gyakorolt hatása su-lyosabb, mint például a reuma vagy a szívbetegségek eseté-ben. A számos vizsgálat ellenére azonban konkrét pszichiát-riai kórképekkel összefüggő jellegzetes családi interakciós pattern még nem írható le.

A jelen vizsgálattal azt céloztuk, hogy a depressziós betegek szociális terében - itt a családban - feltárható interakcionális működészavarairól egy keresztmetszeti képet adjunk.

Nem vitatható, hogy a legsűrűbb interakciós tér minden személy számára a család, amelyről egy megfelelő image alakul ki a személyben. Feltételeztük, hogy a depressziós betegek családjában a család funkcióival kapcsolatos információ feldolgozás sajátosan torzított formában történik, tehát egyes funkciókkal kapcsolatos tranzakciókat a depressziósok nagyobb valószínűséggel értékelnek ineffektívnek, insufficiensnek, kellemetlennek, stb.

#### 1., A vizsgált anyag

A FAD tesztet összesen 120 családdal végeztük el. Ezek közül 62 családban volt depressziós beteg. A betegek a SZOTE Idegklinikáján részesültek kezelésben. A vizsgálat a felvételt követően a kezelést megelőzően tehát még akut fázisban történt. A betegeket a DSM-III. kritériumai szerint minősítettük major depressziónak, majd a kritériumoknak való megfelelést két egymástól független értékelő a kórrajzok alapján ellenőrizte.

A kontroll csoportot 58 olyan család képezte, ahol pszichiátria betegség nem fordult elő, és akik önmagukat egészséges, harmónikus családnak deklarálták. A családokat a védőnő hálózaton keresztül és két középiskolában választottuk ki.

## 2., A vizsgálati módszer

A vizsgálatot a Family Assessment Device /FAD/ családi kérdőívvel, a Marlowe-Crone érvényességet ellenőrző skálával /SES/ és demográfiai kérdőívekkel végeztük /lsd. melléklet/. A FAD 60 tételt tartalmazó önértékelő skála, amely az egyes tételek tekintetében súlyozásra is alkalmas. A tételek 6 alskálába csoportosíthatók, amelyek az alábbiakban részletezett funkciókra kérdeznek rá, míg a hetedik alskála az egészséges/kóros dimenzióban informál /Epstein és mts. 1978, 1983/. A válaszokat az ugyan- csak a mellékletben található kigyűjtőlapokon rendszereztük.

A kérdőívet eredetileg az amerikai Hamilton Egyetem kutatócsoportja konstruálta és használta először. A magyar fordítást mindkét nyelvet beszélő klinikusok végezték és ellenőrizték, a félreértések kiküszöbölése miatt. A FAD pszichometrikus adatai a következők: érvényessége /internal consistency/ megfelelő /.72-.92/ a megbízhatósága is elfogadható; test-retest reliability /.66-.76/ és alacsony a korrelációja a szociális megfelelés skálával /SES/ /.06-.19/ /Epstein és mts. 1983/. Ezen kívül különbség vonható az egészséges és kóros funkciók közé minden dimenzió tekintetében.

A tesztek a család minden tagja kitöltötte, aki betöltötte a 12. életévét.

A skálák az alábbi koncepció szerint értelmezhetők:

Probléma megoldás: a családi integrációt veszélyeztető



problémák megoldáskészséget jelenti. Nagyon különbözők a családok abban a tekintetben, hogy mi jelent problémát, és mi nem? Vannak krónikus problémátűrő családok, vannak olyanok, ahol rendszeres a válság, és természetesen olyanok, ahol a problémamegoldó-készség fejlett. A teszt instrumentális és affektív típusu problémákat fogalmaz meg, az előbbi a családok létével kapcsolatosan merül fel, míg az utóbbi kontaktus-problémákat jelent. Az instrumentális problémáknak természetesen mindig van affektív vonzata, míg fordítva ez nem áll. A problémák megoldásának menete többlépcsős, az elakadás bermelyik szinten lehetséges.

Kommunikáció: állításai a tagok közti információcsere bonyolódására vonatkozik, és elsősorban a verbális kommunikációt állítja a vizsgálódás középpontjába. Hasonlóan a fentihez, kétféle típusu kommunikációs stílus jön számításba; az instrumentális és affektív. A két terület közt átfedések vannak, pl. némely család egészen kiválóan kommunikál az instrumentális területen, míg egymás felé érzelmi megnyilvánulásaik szinte nincsenek. Ennek fordítottja ritkán, vagy talán egyáltalán nem létezik.

Egy másik aspektus arra vonatkozik, hogy a kommunikált tartalom mennyire világos, ill. kinek szól az üzenet. Az előbbi szerint a tartalom lehet világos, közérthető, de lehet általánosan megfogalmazott, utalás jellegű. A kommunikáció irányát tekintve lehet közvetett vagy közvetlen, azaz a másik felé irányított vagy irány nélküli.

Az egészséges és hatékony kommunikációt összefüggésbe hozzák a világosan megfogalmazott és meghatározott személyhez intézett közlések nagyobb arányával.

Szerepek: tekintetében a skála informál arról, hogy a családtag mennyire képes a feladatok ellátására adekvát szerepviselkedést megvalósítani. Amennyiben a szerep-leosztás és az elvárásoknak megfelelő célirányos viselkedés adekvát, akkor a családon belül a kívánt szerepműködés harmónikus. Eltérő esetben a családtag helyzetétől, korától és felé irányuló elvárásoktól eltérő szerepviselkedést mutat, vagy egyáltalán nem vállalja a szerepelvárással járó tevékenységet. Vannak szükségszerűen megjelenő szerepek, de spontán szerepképződés is lehet a családi közösségben, amely adaptív vagy maladaptív jellegű. Ilyen negatív következményekkel járó spontán szerep lehet a család "fekete báránya", amely a "bűnbak"-képzés ismert dinamizmusával realizálódik.

A szerzők megkülönböztetik a családon belül az instrumentális feladatokkal összefüggő, vagy az affektív élettel kapcsolatos elvárásokat, vagy ezek keverékét. Így az anyagi háttér, vagy az ellátás biztosítása elsősorban instrumentális jellegű, míg az érzelmi és szexuális igények affektív szerepviselkedést feltételeznek. Kevert szerepviselkedéssel jár az életciklusokkal összefüggő speciális készségek fejlesztése. Például: iskolakezdés, pályakezdés, pályakorrekció.

Affektív válaszkészség /reaktibilitás/: a szociális ingerekre adott érzelmi reakciók minőségét jelzi. Ennek a

kérdése felveti, hogy a személy kész-e az érzelmi reakciók széles spektrumát produkálni, vagy csak szűk keretek közt mozog? Másrészt kérdéses, hogy a kiváltott emóciók összhangban vannak-e a helyzettel? Előfordulhat inadekvát reakció, pl. ha egy családtag a másik lehangolt állapotára dühvel reagál, ha a gyerek szeretetigényét visszautasítják. Intenzitásuk szerint az érzelmi reakciók a reaktibilitás teljes hiányától kezdve a helyzethez mértén arányos érzelmi reakciókon keresztül a heves, indulatos reakciókig vezethet. Kiegyensúlyozott családi rendszerben a helyzethez illő, arányos intenzitású és széles skálát felölelő reakciók előfordulási valószínűsége nagyobb. Az affektív válaszkészség a szerzők szerint nem azonos az effektív kommunikációval, ugyanis az előbbi érzelmi állapotok élményét, az utóbbi ezeknek verbális uton való közvetítését jelenti. Következésképp az affektív kommunikáció hiánya nem jelenti egyben az érzelmi válaszkészség hiányát, miután az átélt érzelmi élmények nem mindig fejeződnek ki verbális uton.

Az effektív reakciók két csoportba sorolhatók: kellemes érzelmek /pl. szeretet, öröm, gyengédség/ és veszély érzések /félelem, düh, szomorúság, csalódás, stb./. Egy közösségen belül korlátozódhatnak az érzelmi reakciók kiélési lehetőségei a tiltás, elhárítás, és elfojtás következtében. Az egyoldalú érzelmi megnyilatkozások állandósulása torzultnak tekinthető.

Affektív involváció: a családtagok egymás iránti érdeklődésének mértékében tükröződik és abban, hogy mennyire



érzékelik és tartják tiszteletben egymás tevékenységét és érdeklődési területét. Az affektív involváció készségek a megnyilvánulásában minőségi különbségek vannak, vagyis a., a személy semmi érdeklődést nem mutat a másik iránt, b., intellektuális érdeklődéssel takarják az érzelmi vonzódás hiányát, c., az egyén számára pszichológiai előnnyel járó érdeklődés /pl. pozitív visszajelzés kieszközlése/ nárcisztikus involvációnak felel meg, d., empátiás involváció esetén a személy teljes odafordulással, elfogadással és érzelmi ráhangolódással közeledik, e., overinvolvációról akkor beszélünk, ha a személyek közt tultörődő, emocionálisan kontrolláló kapcsolat alakult ki, míg végül f., a szimbiótikus kapcsolatban a személyek közti határok elmosódnak. A család szempontjából legegészségesebb az empátiás viszonyrendszer kialakulása, míg másik végén a szimbiótikus illetve a teljes izolációt feltételező kapcsolati típus van.

Behavior kontroll /magatartásszabályozás/: azt jelenti a családtagok esetében, hogy speciális helyzetben egy adott viselkedésmintához ragaszkodnak, és ezt egymástól is elvárják az összhang érdekében. A kritikus helyzetek adódhatnak közvetlenül a fizikai állapotot veszélyeztető, a pszichobiológiai szükségletek kielégülését fenyegető helyzetekből általában. Minden család kialakítja a helyeselt viselkedés standardjait, és az ettől való eltérés még tolerálható mértékét. A viselkedési norma típusa és az ettől való eltérés lehetősége együttesen határozza meg a maga-

tartásszabályozás stílusát, amely lehet: rigid, flexibilis, laissez-faire és kaotikus. A rigid magatartásszabályozás jellemzi azokat a családokat, ahol a norma nagyon szigorú, és semmi eltérés vagy kivétel nem engedélyezett. A rugalmas szabályozás és ésszerűség és a belátás elveit követi a viselkedés megítélésében. A liberális típusú viselkedésszabályozás nem ragaszkodik standardokhoz, és mindenfajta viselkedést engedélyez, míg a legutóbbiban egymásnak ellentmondó viselkedésnormák jutnak érvényre. Kaotikus a viselkedéskontroll olyan esetekben tehát, ha a szülők eltérő hagyományaiknak megfelelően más-más viselkedésmintát preferálnak, vagy ha a viselkedés normáit állandóan változtatják. Természetesen a rugalmas magatartáskontroll a legkedvezőbb.

### 3., Eredmények

A jelen dolgozatban felhasznált vizsgálati anyag egy transzkulturális felmérés részét képezi. Az eredeti vizsgálatot a magyar származású amerikai pszichiáter, Dr. Keitner Gábor /Brown University, USA/ irányította. A magyarországi adatok összegyűjtése a SZOTE Ideg- és Elmeklinika részéről történt. A depressziós betegek családi működésének megismerése céljából összehasonlítottuk:

- 1., a magyar depressziós és kontroll családok teszteredményeit,
- 2., a magyar és amerikai depressziós családok eredményeit,
- 3., a magyar és az amerikai kontroll családok eredményeit.

A jelen dolgozatban csak az első pontban megjelölt anyagot használtuk fel, amely a SZOTE által felvetett 50 depresz-

sziós beteg családjának vizsgálatát jelenti /az eredeti anyagban még 12 Budapesten felvett anyag is szerepel/.

A 9. Táblázat az eredeti magyar depressziós és kontroll családok demográfiai jellemzőit mutatja. Ugyanezen táblázatban tüntettük fel a validitást mérő Marlowe-Crone /SES/ értékeit is, hogy ellenőrizzük a szociális megfelelés befolyásoló szerepét. Meg kell jegyezni, hogy a SES értéke a magyar depressziós és normál családok között szignifikáns eltérést mutatott /18.8 vs. 17.0 t érték 2.24 p >0.05/. A depressziós családok magas pontértéke azt jelenti, hogy a családtagok jobb benyomást akarnak, mint az egészséges családok tagjai. Ez a tény azonban inkább megerősíti az eredményeket, és arra utal, hogy még kifejezettebb különbség van a két csoport közt.

A 10. Táblázat a depressziós és kontroll magyar családok összehasonlítását tartalmazza az eredeti mintában, a 11. Táblázat pedig a SZOTE közreműködésével felvett 50 depressziós teszteredményeinek összehasonlítását mutatja. Kíváncsiak voltunk arra, hogy vajon a depressziós betegek családi funkcióik különböznek-e az egészséges családokétól? Az eredeti anyagban a depressziós családok hét skála közül hatban gyengébb eredményt produkáltak /azaz magasabb értéket/. Ez alól csak a "szerepek" dimenziójában van kivétel. A különbség két dimenzióban éri el a szignifikáns szintet, ezek: kommunikáció, általános funkció, - míg két dimenzióban megközelíti azt, ezek: problémamegoldás és affektív válaszkészség. További két skála a



gyengébb eredmény ellenére se szignifikáns, ezek: affektív involváció és magatartáskontroll /10. +61/. Az 50 kizárólag a szegedi körzetben felvett teszteredmény statisztikai értékelése hasonló tendenciát, de még élesebb különbségeket mutat, ugyanis itt öt skála szignifikáns szinten tér el: kommunikáció, általános funkció, problémamegoldás, affektív érzékenység, magatartáskontroll. A kivétel itt is a "szerepek" dimenziója, és az affektív involváció a gyengébb érték ellenére sem szignifikáns /11 +61./.

A 12. Táblázat szerint három csoportot képeztünk: 1./ depressziós betegek, 2./ depressziós betegek családtagjai és 3./ egészséges személyek. Arra voltunk kíváncsiak, hogy vajon a depressziós betegek családtagjai a családon belüli folyamatokat inkább a betegekhez, vagy inkább az egészségesekhez hasonlóan ítélik-e meg? Feltételezhetjük ugyanis, ha ők is hasonlóan látják a család működését, mint a depressziósok, akkor nagyobb a valószínűsége a tényleges diszfunkcionális működésnek, azaz a közösségen belül zajló interakciókhoz kötött történések valóban rosszabbak, mint egy harmónikusnak mondható családi folyamaton belül. Abban az esetben azonban, ha a családi depressziós betegek családtagjainak a véleménye a kontroll személyek véleményéhez áll közelebb, akkor a depressziósok véleményalkotása a családban zajló objektív folyamatoktól eltérően inkább szubjektív véleményük eredője. Tehát a család működést másként ítélik meg, mint saját családjukhoz tartozó, de nem beteg személyek.

A három csoport közti varianciaanalízis eredményét a 12. Táblázat mutatja. Látható, hogy a "szerep" dimenzión kívül minden dimenzióban eltérés volt regisztrálható .05 szignifikancia szinten a depressziós, valamint a kontroll és az egészséges családtagok között. Ebben az esetben még az "affektív involváció" dimenzióban is elérte az eltérés a szignifikancia szintet.

Az eredmények tehát igazolják azt a feltevésünket, hogy a depressziós betegek a primér szociális térben zajló interakcionális történéseket negativabb formában percipálják, mint az egészséges kontrollok, azaz a betegek szociális környezetük információit nagyobb valószínűséggel élik meg, ill. ítélik negatív módon.

Érdekes, hogy a depressziós betegek családtagjai véleménye inkább az egészségesekhez hasonló, tehát a családi közösségen belül azokat a diszfunkciókat nem tapasztaljuk, amit a beteg családtag. Tehát az akut depressziós állapot kognitív strukturájában és benyomások minősítésében kimutatható változás van.

Eredményeinket megerősítik az amerikai populációban végzett hasonló eredmények is, de a különbség még kifejezettebb volt, ugyanis a teszt mind a hét dimenziójában szignifikánsan gyengébb produkciót értek el a depressziós családok, ugyanakkor a depresszió oldódásával a teszteredmények is javulnak /Keitner és mts. 1986, 1987/. Ennek alapján feltételezhető, hogy transzkulturális hatásoktól független pszichopatológiai jelenségről van szó. A jelenség azonban még további és alapos vizsgálatot igényel.

# C S A L Á D F E L M É R Ő   K É R D Ő I V

## Kitöltési utasítások:

A mellékelt kérdőív a családra vonatkozó állításokból áll.  
Olvassa figyelmesen el ezeket az állításokat és határozza el,  
hogy a közöltek mennyiben vonatkoznak az Ön családjára. Válaszaiban a s a j á t családját tartsa szem előtt.

Minden közölt állítást négyféleképpen értékelhet:

- |                     |      |   |
|---------------------|------|---|
| TELJESEN MEGEGYEZIK | /TM/ | TM-mel jelölje a válaszát, ha a közölt állítás az Ön családját pontosan írja le;      |
| MEGEGYEZIK          | /M/  | M-mel jelölje válaszát, ha a közölt állítás többnyire helytálló családjára;           |
| HELYTELEN           | /H/  | H-val jelölje a válaszát, amennyiben a közölt állítás általában nem illik családjára; |
| TELJESEN HELYTELEN  | /TH/ | TH-val jelölje a válaszát, ha az állítás egyáltalán nem vonatkozik az Ön családjára.  |

A n é g y értékelés az alábbi módon fog megjelenni minden állítás alatt:

pl. .... / Csak a tökéletessel elégszünk meg.

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....



Minden kérdésivben megjelenő állítás alatt ilyen válasz-  
közök vannak. A lap jobb oldali szélén látható válasz-közt  
/...../ a vizsgálatot végző személyzet tölti ki.

Egy-egy kérdésre /állításra/ adandó válaszra ne töltsön túl  
sok időt. Igyekezzen gyorsan és őszintén válaszolni. Amennyi-  
ben bizonytalan a kérdésre adandó válaszbán, írja le az  
első gondolatát.

Kérjük, válaszoljon minden kérdésre /állításra/, a kérdés  
/állítás/ alatt látható válasz-közből egy jel /X/ odaraj-  
zolásával.

1. KÖZÖS CSALÁDI PROGRAM TERVEZÉSE NEHEZEN MEGY, MERT NEM ÉRT-  
JÜK MEG EGYMÁST  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
2. HÉTKÖZNAPI PROBLÉMÁINK NAGY RÉSZÉT EGYMÁS KÖZÖTT MEGOLDJUK  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
3. AMIKOR EGYIKÜNK ROSSZKEDVŐ, A TÖBBIEK TUDJÁK ANNAK OKÁT  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
4. HA MEGKÉRÜNK VALAKIT VALAMIRE, UTÁNA ELLENŐRIZNI KELL, HOGY  
MEGTETTE-E  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
5. HA VALAMELYIKÜNK BAJBAN VAN, A TÖBBIEKET TULSÁGOSAN ÉRINTI  
A DOLG  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
6. KOMOLY PROBLÉMÁK ESETÉN FORDULHATUNK EGYMÁSHOZ SEGÍTSÉGÉRT  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
7. VÁRATLAN BAJ ESETÉN NEM TUDJUK, MIT KELL TENNI  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
8. NÉHA NINCSTHON AZ, AMIRE SZÜKSÉGÜNK LENNE  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
9. NEM IGEN MUTATJUK KI EGYMÁS IRÁNTI ÉRZÉSEINKET  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
10. MEG KELL GYŐZŐDJÜNK ARRÓL, HOGY A CSALÁDSBAN MINDENKI  
TELJESÍTI-E KÖTELEZETTSÉGÉT  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
11. ÉÁNATUNKAT NEM TUDJUK EGYMÁSSAL MEGBESZÉLNI  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
12. ÁLTALÁBAN KERESZTÜL IS VISSZÜK, AMIT EGY PROBLÉMA MEGOL-  
DÁSÁRA ELHATÁROZTUNK  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..
13. A TÖBBIEK FIGYELMÉT CSAK AKKOR TUDJUK FELKELTENI, HA A TÉMA  
SZÁMUKRA FONTOS  
TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

14. ABBÓL, AMIT VALAKI MOND, NEM LEHET MEGÁLLAPITANI, MIT ÉREZ

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

15. A CSALÁDI FELADATOK NINCSENEK MEGFELELŐEN ELOSZTVA

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

16. A CSALÁD TAGJAIT OLYANNAK FOGADJUK EL, AMILYENEK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

17. A CSALÁDI SZABÁLYOK MEGSÉRTÉSÉNEK NINCSENEK KÖVETKEZMÉNYEI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

18. A CSALÁD TAGJAI VÉLEMÉNYEIKET KERTELEZÉS NÉLKÜL MEGMONDJÁK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

19. NEMELYIKÜNK NEM MUTATJA KI ÉRZELMEIT, MERT ÉRZÉKETLENEBB

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

20. VÁRATLAN DOLGOK ESETÉN BUDJUK, MIT KELL TENNI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

21. A BESZÉLGETÉST FÉLELMEINKRŐL ÉS DOLGAINKRÓL ELKERÜLJÜK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

22. NEHÉZ EGYMÁS KÖZÖTT A GYÜNGÉD ÉRZELMEINKRŐL BESZÉLNI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

23. NEHEZEN TUDUNK PÉNZÜNKBŐL A HÓNAP VÉGÉIG KIJÖNNI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

24. EGY CSALÁDI PROBLÉMA RENDEZÉSI KISÉRLETE UTÁN MEGBESZÉLJÜK ANNAK EREDMÉNYESSÉGÉT

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

25. TULSÁGOSAN ÖNZŐEK VAGYUNK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

26. EGYMÁS IRÁNTI ÉRZELMEINKET KI TUDJUK FEJEZNI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..



27. NINCSENEK MEGHATÁROZOTT SZABÁLYAINK A W.C. HASZNÁLATÁRA

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

28. NEM MUTATJUK KI EGYMÁS IRÁNTI SZERETETÜNKET

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

29. A DOLGOKAT EGYMÁS KÖZÖTT A CSALÁDBAN BESZÉLJÜK MEG, ÉS  
NEM KÖZVETÍTŐKÖN KERESZTÜL

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

30. MINDENKINEK MEGVANI A SAJÁT FELADATA ÉS FELELŐSSÉGE

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

31. SOK KELLEMETLEN ÉRZELEM VAN A CSALÁDBAN

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

32. A TESTI FELGYÍTÉSNEK MEGVANNAK A CSALÁDI SZABÁLYAI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

33. CSAK AKKOR FOGLALKOZUNK EGYMÁSSAL, HA VALAMI ÉRDEKEL  
BENNÜNKET

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

34. KEVÉS IDŐNK JUT SAJÁT ÉRDEKLŐDÉSÜNK KIELÉGÍTÉSÉRE

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

35. SOKSZOR NEM AZT MONDJUK, AMIT GONDOLUNK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

36. UGY ÉREZZÜK, HOGY A VILÁG ELFOGAD OLYAINAK, AMILYENEK  
VAGYUNK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

37. CSAK AKKOR ÉRDEKLŐDÜNK EGYMÁS SZEMÉLYE IRÁNT, HA ABBÓL  
SZEMÉLYES HASZNUNK VAN

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

38. LEGTÖBBSZÖR MEGOLDJUK, HA KELLEMETLENSÉG /ÉRZELMI/ ÉR  
BENNÜNKET

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

39. A GYENGÉDSÉG CSAK MÁSODLAGOS A CSALÁDBAN, MÁS DOLGOKHOZ  
VISZONYITVA

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

40. MEGBESZÉLJÜK, HOGY A HÁZIMUNKÁBÓL KI - MIT VÉGEZZEN

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

41. A CSALÁDEAN NEHEZEN DÖNTÜNK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

42. A MI CSALÁDUNKBAN CSAK AKKOR ÉRDEKLŐDIK VALAKI A MÁSIK IRÁNT, HA ABBÓL ELŐNYE SZÁRMAZIK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

43. ÉSZINTÉK VAGYUNK EGYMÁSHOZ

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

44. NINCSENEK CSALÁDI MÉRCÉK, VAGY SZABÁLYOK

• TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

45. HA EGY CSALÁDTAGOT MEGKÉRÜNK, HOGY CSINÁLJON VALAMIT, NEM FIGYELMEZTETNI KELL ANNAK ELVÉGZÉSÉRE

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

46. KÉPESEK VAGYUNK PROBLÉMÁK MEGOLDÁSÁRA DÖJTÉSEKET HOZNI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

47. A CSALÁDI SZABÁLYOK MEGSÉRTÉSÉNEK NEM ISMERJÜK A KÖVETKEZMÉNYEIT

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

48. A MI CSALÁDUNKBAN BÁRMIT LEHET CSINÁLNI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

49. KIFEJEZZÜK GYENGÉDSÉGÜNKET

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

50. MI AZ ÉRZELMI PROBLÉMÁKKAL IS SZEMBE TUDUNK NÉZNI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

51. NEM JÖVÜNK KI JÓL EGYMÁSSAL

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

52. AMIKOR HARAGSZUNK, NEM BESZÉLÜNK EGYMÁSSAL

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ ..... ..

53. ÁLTALÁBAN ELÉGEDETTEK VAGYUNK A CSALÁDI FELADATOK  
RÁNKHÁRULÓ RÉSZÉVEL

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

54. JÓHISZEMŐEN UGYAN, DE TUL SOKAT AVATKOZUNK BELE EGYMÁS  
DOLGAIBA

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

55. A VESZÉLYES HELYZETEKRE VANNAK SZABÁLYAINK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

56. BIZALMASAK VAGYUNK EGYMÁSHOZ

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

57. NYILTAN SIRUNK

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

58. A KÖZLEKEDÉSI PROBLÉMÁK NINCSENEK MEGOLDVA A CSALÁDBAN

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

59. HA NEM TETSZIK AMIT VALAKI CSINÁL, AKKOR MEGMONDJUK  
NEKI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....

60. IGYEKSZÜNK EGY-EGY PROBLÉMÁRA TÖBBFÉLE MEGOLDÁST TALÁLNI

TM \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_ .....



## 9. Táblázat

A depressziós és kontroll családok demográfiai jellemzői

N	62	58
<u>Átlagéletkor</u>		
férjek	46.7	42.7
feleségek	45.1	38.9
<u>Gyerekek átlagos száma</u>	1.68	1.64
<u>SES átlagértéke</u>	54.4	58.9
<u>Nemek szerinti megoszlás</u>		
% nő	75.8	
% férfi	24.2	
<u>Családi állapot</u>		
% házas /először/	76.3	
% újra házasodott	18.7	
% elváltan vagy egyedül él / egyéb	5.1	
<u>Családi szerep</u>		
% férj	24.2	
% feleség	72.6	
% gyerek	1.6	

# 10. Táblázat

A magyar depressziós és egészséges családok FAD skála-  
értékeinek az összehasonlítása /az eredeti  
anyagban/

	Depressziós		Kontroll			
	/62 család/		/58 család/			
	átlag	DS	átlag	SD	t.ért.	P
Problémameg- oldás	1.84	.39	1.71	.035	3.72	.06
Kommunikáció	2.04	.39	1.84	.41	6.99	.01
Szerepek	2.34	.28	2.37	.30	1.15	.29
Affektív vá- laszkészség	2.16	.54	1.93	.54	2.90	.09
Affektív in- volválció	2.05	.38	1.96	.30	.17	.68
Magatartás- kontroll	2.57	.32	2.50	.37	.58	.45
Általános funkció	2.00	.42	1.77	.39	6.86	.01

11. Táblázat

A depressziós és kontroll családok FAD skálaértékeinek  
az összehasonlítása

FAD skálák	Depressziós /beteg+cs.tagok/ /N=124/ átlag      SD		Kontroll /cs.tagok/ 161 átlag      SD		t-érték	P
Problémameg- oldás	1.90	.56	1.74	.43	-2.59	.01
Kommunikáció	2.07	.04	1.88	.45	-3.49	.001
Szerepek	2.30	.33	2.38	.33	1.81	>.05
Affektív vá- laszkészség	2.18	.59	1.95	.52	-3.37	.001
Affektív in- volváció	2.09	.50	2.00	.36	-1.89	>.05
Magatartás- kontroll	2.56	.43	2.46	.43	-1.99	<.05
Általános funkció	2.01	.51	1.82	.41	-3.35	.001



## 12. Táblázat

Depressziós betegek, családtagjaik és egészséges személyek FAD skálaértékeinek összevetése

FAD skálák	Kontroll N=161	Depresszió N=50	Depressziós családtagjai N=74
Problémameg- odás	1.742*	1.992	1.838
Kommunikáció	1.885*	2.202	1.996*
Szerepek		>.05 n.s.	
Affektív vá- laszkészség	1.995*	2.390	2.039*
Affektív in- volváció	2.000*	2.206	2.024*
Magatartás- kontroll	2.465*	2.687	2.488*
Általános funkció	1.823*	2.132	1.930*

\*=P<.05 szinten különböznek a depressziós csoporttól

#### IV. ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen dolgozatban a depresszió értelmező stílusának vizsgálatával foglalkoztunk. Az egyéni /hosszmetszeti/ és a családi /keresztmetszeti/ felmérés alapján az alábbi következtetéseket vonhatjuk le:

1./ A depressziós beteg kognitív struktúrája jellegzetes irányu változást mutat: az információ feldolgozásában a negatív értelmezés túlsúlyba kerül.

2./ A kognitív torzítás a szociális információkra is vonatkozik.

3./ Feltételezhető, hogy a depresszió akut fázisában a személy a szociális információkat nagyobb valószínűséggel torzítja olyan irányba, hogy az a negatív önértékelését igazolja.

4./ Feltételezhető, hogy akut fázisban a kifejezett dependencia igény jelzése az is, hogy a személy szociális információk iránti ingerelhetősége fokozódik.

5./ A kognitív torzító folyamat a betegség akut fázisában kifejezett és a remisszióval párhuzamosan változik.

6./ A gyógyulást kísérő kognitív értelmezési folyamat változása a negatív értelmezés túlsúlyának csökkenésével mérhető.

V. IRODALOMJEGYZÉK

1. ABRAMSON, L.Y., SACKHEIM, H.A. /1977/: A paradox in depression. Uncontrollability and selfblame. Psychological Bulletin, 84, 839-51.
2. ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., TEASDALE, J.D. /1978/: Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. J. abn. Psych. 87, 49-74.
3. AKISKAL, H.S., WILLIAM, T., MCKINNEY jr. /1975/: Overview of recent research in depression. Integration of ten conceptual model into a comprehensive clinical frame. Arch. Gen. Psych. 32: 285-305.
4. ALLOY, L.B., ABRAMSON, L.Y. /1979/: Judgement of contingency in depressed and nondepressed people: Sadder but wiser? J. Exp. Psych. General, 108, 441-485.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders /3rd ed./ Washington D.C., Auther /1980/.
6. ARIETI, S., BEMPORAD, J. /1980/: The psychological organisation of depression. Am. J. Psych. 136, 1365-1369.
7. BANG, R. /1980/: A segítő kapcsolat, mint a személyes segítség alapja. Tankönyvkiadó, Budapest.
8. BANDURA, A. /1977/: Social Learning Theory, Engewood Cliffs, N.Y. /ed./
9. BARNLUND, D.C. /1977/: A kommunikáció tranzakciós modellje. In: Kommunikáció I. Közgazd. és Jogi K. Budapest.
10. BECK, A. /1967/: Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York, Harper and Row /ed./
11. BECK, A. /1976/: Depression. Univ. Pennsylvania Press Phil. /ed./
12. BIBRING, E. /1986/: The mechanism of depression. In: Meaning of despair. Willard Gaylin M.D. Ed. J. Aronson, N.Y.



13. BLATT, S., D'AFFLITTI, J., QUINLAN, D. /1976/: Experiences of depression in normal young adults. J. abn. Psych. 85, 383-389.
14. BLATT, S., QUINLAN, D., CHARON, E., McDONALD, C., ZUROFF, D. /1982/: Dependency and self-criticism: Psychological dimension of depression. Cons. and Clin. Psych. 59, 113-124.
15. BONCZ, I., PALLAG, L., FODOR, J. /1985/: A study on the hypnotic susceptibility of persons attempting suicide. In: Modern trends in hypnosis. Plenum Publishing Co. /ed./
16. CLARKIN, J.F., GLAZER, H.I. /1981/: Depression. Behavioral and Directive Intervention Strategies. Garland STMP Press.
17. COYNE, J.C. /1976/: Toward the interactional description of depression. Psychiatry 39, 28-40.
18. EKMAN, P., FRIESEN, W.V. /1974/: Non verbal behavior in psychopathology. In: J.R. Friedman, M.M. Katz /eds./ The psychology of depression: Centemporary theory and research. New York, Winston-Wilney.
19. EPSTEIN, N.B., BISHOP, D.S., LEVIN, S. /1978/: The McMaster model of family functioning. J. Marr. Fam. Couns. 4, 19-31.
20. EPSTEIN, N.B., BALDWIN, L.M., BISHOP, D.S. /1983/: The McMaster family assessment device. J. Mar. Fam. Theor. 9, 171-180.
21. FODOR, J. /1982/: The cognitive theory of depression. University of Missouri, Columbia /kézirat/
22. FODORNÉ POGÁNY JUDIT /1987/: Az információfeldolgozás jellegzetessége egy depressziós beteg pszichoterápiája során. Psychiatria Hung. 4, 299-314.
23. GARBER, J., SELIGMAN, M.E.P. /1980/: Human helplessness. Theory and applications. Academic Press, New York, London, pp: 1-34.
24. HAMILTON, E., ABRAMSON, L. /1983/: Cognitive patterns and major depressive disorders: A longitudinal study in a hospital setting. J. abn. Psych. 92, 173-184.

25. HAMMEN, C., MARKS, T., MAYOL, A., deMAYO, R. /1985/: Depressive self-schemas, life stress and vulnerability to depression. J. abn. Psych. 94, 308-319.
26. HERNANDEZ-PEON, R., CHAVEZ-IBARRA, G., AGUILAR-FIGU-  
EREA, E. /1963/: Somatic evoked potentials in one  
case of hysterical anesthesia. EEG and Clinical  
Neurophysiology 15, 889-892.
27. HIROTO, D.S., SELIGMAN, M.E.P. /1975/: Generality of  
learned helplessness in man. J. of Pers. and Soc.  
Psychol. 31, 311-327.
28. GALIN, D., DIAMOND, R., BRAFF, D. /1977/: Lateralisa-  
tion of conversion symptoms. More frequent on the  
left. Amer. J. of Psych. 134, 578-580.
29. KANFER, F.H., KAROLY, P. /1972/: Self regulation and  
its clinical application. Some additional conceptuali-  
sation. In: R.C. Johnson, P.R. Dokecki, O.H. Mowrer.  
/Eds./ Socialisation. Development of character and  
consciences. N.Y. Holt, Reinehart-Winston.
30. KEITNER, G.I., BALDWIN, L., EPSTEIN, N.B., BISHOP,  
D.S. /1985/: Family functioning in patients with  
affective disorders: a review. Intern. J. Fam.  
Psychiatry 6, 405-437.
31. KEITNER, G.I., FODOR, J., RYAN, E., MILLER, I., EPSTEIN  
N., BISHOP, D. /1988/: A cross-cultural study of major  
depression and family functioning. British J. of Psych.  
/közlés alatt/
32. KÉZDI, B. /1984/: Új szempontok a pszichoterapeuta tar-  
talomelemző tevékenységhez. In: Pszichoterápia,  
Kiadó: OTKI, pp. 115-143.
33. KLEIN, D.C., SELIGMAN, M.E.P. /1976/: Reversal of per-  
formance and perceptual deficits in the learned  
helplessness and depression. J. of Psych. 85, 11-26.
34. KOVACS, M., BECK, A.T. /1978/: Maladaptive cognitive  
structures in depression. Am. J. of Psych. 135,  
525-533.

35. McLEAN, P. /1976/: Therapeutic decision making in the behavioral treatment of depression. In: Davidson /Ed./ The behavioral management of anxiety, depression and pain. New York, Brunner/Masel.
36. LEWINSOHN, P., STEINMETZ, J., LARSON, D., FRANKLIN, J. /1981/: Depression related cognitions: Antecedent or consequence? J. abn. Psych. 35, 63-78.
37. LEWINSHON, P.M., GROF, M. /1973/: Pleasant activities and depression. J. Cons. and Clin. Psych. 41, 261-268.
38. LEWINSHON, P.M. /1974/: Clinical and theoretical aspects of depression. In: K.S. Calhoun, H.E. Adams, K.M. Mitchell /Eds./ Innovative treatment methods in psychopathology. New York, Wilney.
39. LIBET, J., LEWINSHON, P.M. /1973/: The concept of social skills with the special reference to the behavior of depressed person. J. Cons. and Clin. Psych. 40, 304-312.
40. MÉREI, F. /1975/: Az utalás. Jel és közösség. Szerk. Voigt, V., Szépe, Gy., Szerdahelyi, L. Akadémiai Kiad. Budapest.
41. PARSONS, J., RAO, P. /1985/: Longitudinal study of cognitions, life events and depression in psychiatric inpatients. J. abn. Psych. 94, 51-63.
42. PAYKEL, E.S., MYERS, B.A., DIENELT, M.N., KLIERMAN, G.L. LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P. /1969/: Life events and depression: A controlled study. Archives of General Psychiatry 21, 753-760.
43. PETERSON, C., LUBORSKY, L., SELIGMAN, M.E.P. /1983/: Attribution and depressiv mood shifts: A case study using the symptom-context method. J. of Abnormal Psych. 92, 96-103.
44. PETERSON, C., SEMMEL, A., vonBAEYER, C., ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G.I., SELIGMAN, M.E.P. /1982/: The attributional style questionnaire. Cognitive Ther. and Res. 6, 287-299.



45. PETERSON, C., SELIGMAN, M.E.P. /1984/: Casual explanations as a risk factor for depression: Theory and Evidence. Psychol. Rew. 91, 347-374.
46. RAPS, C.S., PETERSON, C., REINHARD, K.E., ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. /1982/: Attributional style among depressed patients. J. abn. Psych. 2, 91. pp: 102-108.
47. REHM, L.P. /1977/: A self-control of depression. Behavior Therapy 8, 787-804.
48. SELIGMAN, M.E.P., ABRAMSON, L.Y., SEMMEL, A., vonBAYER, C. /1979/: Depressive attributional style. J. of abn. Psych. 88, 242-247.
49. SIMONS, A.D., GARFIELD, S.L., MURPHY, G.E. /1984/: The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Arch of Gen. Psych. 41, 45-51.
50. SORENSEN, R.C. /1977/: Hatékonyság és érték a kommunikációban. In: Kommunikáció I. Válogatott tanulmányok. Közgazd. és Jogi Könyvkiadó, Bp.
51. TRINGER, L. /1986/: A depressziók kognitív szemlélete. Psychiatria Hungarica 1, 29-38.
52. TURNER, S.M., CALHOUN, K.S., ADAMS, H.E. /1981/: Handbook of clinical behavior therapy. A Wilney Interscience Publication. J. Wilney and Sons New York.
53. VAUGH, C., LEFF, J. /1976/: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patient. Br. J. Psychiatry 192, 125-137.
54. WONG, P.T.P., WEINER, B. /1981/: When people ask "why" questions, and heuristics of attribution search. J. of Personality and Soc. Psychol. 40, 649-663.